

2m 11. 2727.1

Université de Montréal

Étude du processus décisionnel d'utilisation initiale d'un service de soins
prénataux par des immigrantes de l'Asie du Sud.

Par

Ginette Ouellet
Faculté des sciences infirmières

Directrice de mémoire: Mme Marie- France Thibaudeau

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention
du grade de Maître ès sciences (M.Sc.) en sciences infirmières.

Juillet 1999

© Ginette Ouellet, 1999



WY
5
058
1999
V.026

Université de Montréal

Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

Étude du processus décisionnel d'utilisation initiale d'un service de soins prénataux par
des immigrantes de l'Asie du Sud.

présenté par

Ginette Ouellet
Faculté des sciences infirmières

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Bilkis Vissandjée, président-rapporteur

Marie- France Thibaudeau, directrice de mémoire

Diane Gorton, membre du jury

Mémoire accepté le: 16 juillet 1999

Sommaire

Les nombreux écrits relatifs à l'utilisation des services de santé préventifs par les femmes enceintes ont identifié plusieurs facteurs pour prédire ou expliquer la demande des services de soins prénataux par les femmes enceintes qui consultaient ces services de façon précoce ou tardive. Les femmes immigrantes sont souvent citées comme étant les femmes les plus à risque d'une issue de grossesse défavorable parce qu'elles recourent aux services préventifs moins fréquemment que les nord-américaines. Les écrits actuels suggèrent d'examiner la démarche qui mène à la décision d'utiliser un service de santé plutôt qu'une multitude de facteurs pour comprendre leur comportement.

Le but de cette étude consiste à décrire et à examiner le processus décisionnel d'utilisation initiale d'un service de soins prénataux par des femmes immigrantes originaires de l'Asie du Sud. L'étude s'est inspirée du cadre de référence élaboré par Patterson et al. (1986; 1990) et des écrits relatifs à l'utilisation des services de santé par les femmes immigrantes.

Les données de l'étude ont été recueillies au moyen d'une entrevue semi-structurée auprès de huit femmes immigrantes enceintes originaires du Bangladesh et du Sri Lanka, après une première visite dans un service de soins prénataux à Montréal. L'analyse de contenu des données qualitatives a permis de documenter la démarche suivie par ces femmes. Des comparaisons entre les femmes ont été effectuées et visaient à mettre en évidence les similitudes et les différences observées dans le processus décisionnel utilisé par ces femmes.

Les résultats de l'étude démontrent différents types de démarche selon les deux composantes du processus décisionnel proposé. En ce qui concerne la reconnaissance de la grossesse, les multipares se reconnaissent enceintes parce qu'elles font référence aux signes associés à une grossesse antérieure. Les primipares consultent l'entourage pour confirmer la grossesse. Cependant, le fait d'être une multipare ne diminue en rien le temps nécessaire pour confirmer la grossesse. En ce qui concerne la recherche de soins prénataux, les motifs de la consultation professionnelle sont surtout axés sur la détection de problèmes ou parce que la femme juge que son état requière des soins médicaux.

Parmi les actions possibles pour reconstituer ce processus, la tendance qui se dessine est celle d'une utilisation limitée des services préventifs tels que le CLSC.

Contrairement à ce que nous pensions, les femmes ont toutes consulté un service de soins prénataux au cours des douze premières semaines de la grossesse. Nous avons crû que ces femmes consulteraient un service de soins professionnels beaucoup plus tard au cours de la grossesse. Cette étude souligne aussi que les expériences de grossesses antérieures et la connaissance des services de santé semblent faciliter le processus décisionnel d'utilisation initiale d'un service de soins prénataux. Les recommandations se rapportent à des recherches futures et à la nécessité d'augmenter la visibilité des CLSC auprès de la population de femmes immigrantes.

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de recherche, Mme Marie-France Thibaudeau, pour son soutien constant et pour avoir cru en moi dans la réalisation de ce mémoire. Je désire exprimer ma gratitude pour l'intérêt qu'elle a démontré au regard de mon projet de recherche et pour ses conseils judicieux qui ont permis l'aboutissement de ce mémoire de maîtrise. Je tiens également à témoigner ma reconnaissance à Mme Bilkis Vissandjée pour son accompagnement dans mon apprentissage.

Je tiens aussi à remercier toutes les femmes qui ont contribué à cette recherche en donnant généreusement de leur temps pour une entrevue. Je remercie également les infirmières du programme Enfance-Famille du CLSC Côte-des-neiges qui ont collaboré de près ou de loin à cette recherche. Je tiens à souligner le travail exceptionnel de Mme Roumiana Haralampiev, travailleuse sociale pour l'organisme PROMIS, et de l'aide très appréciée de Saïda dans la réalisation de plusieurs entrevues.

Finalement, je tiens à exprimer tout spécialement ma gratitude à mon époux Harry pour m'avoir soutenue, aimée et respectée dans mes choix. Son appui inconditionnel fût essentiel à la réalisation de ce mémoire. Je témoigne également ma reconnaissance à ma famille et mes amis qui m'ont supportée et encouragée au cours de ce long processus.

Table des matières

Sommaire	iii
Remerciements	v
Table des matières	vi
La figure	ix
Liste des tableaux	ix
CHAPITRE I- Problème	1
1.1 But de l'étude	7
1.2 Question	7
CHAPITRE II- Recension des écrits	8
2.1 Les études empiriques concernant les recherches sur l'utilisation des services de santé par les femmes enceintes	9
2.2 Les femmes de l'Asie du Sud et l'utilisation des services de santé	11
2.2.1 La région	11
2.2.2 Les soins médicaux et la perception de la santé des femmes de l'Asie du Sud	12
2.2.3 Les recherches sur l'utilisation des services par les femmes enceintes dans les pays de l'Asie du Sud	14
2.2.4 Les services de soins maternels dans les pays du de l'Asie du Sud	16
2.2.5 Le contexte culturel des femmes enceintes de l'Asie du Sud et les soins prénataux	17
2.3 Le contexte canadien et les femmes enceintes de l'Asie du Sud	20
2.4 Le cadre de référence	22
2.4.1 La reconnaissance de la grossesse	22
2.4.2 La recherche de soins prénataux	25

2.5 La synthèse des écrits	29
CHAPITRE III- Méthode	31
3.1 La définition des principaux termes	32
3.1.1 Femme immigrante	32
3.1.2 Processus décisionnel d'utilisation des services de soins prénataux	32
3.1.3 Caractéristiques qui facilitent les différentes actions possibles	32
3.2 Le devis de recherche	33
3.3 La méthode de collecte des données	33
3.3.1 La structure	34
3.3.2 Le contenu	35
3.3.3 La validation	37
3.4 L'échantillon	37
3.5 Le recrutement des participantes	38
3.6 La technique d'analyse des données	39
3.7 Les limites de l'étude et les considérations éthiques	40
3.7.1 Limites de l'étude	40
3.7.2 Les considérations éthiques	41
CHAPITRE IV- Les résultats	42
4.1 Le portrait des participantes	43
4.2 Les résultats de l'analyse des données	45
4.2.1 Le processus décisionnel	46
4.2.1.1 La reconnaissance de la grossesse	46
4.2.1.2 La recherche de soins prénataux	51
CHAPITRE V- Discussion et recommandations	62
5.1 Le portrait des participantes	63

5.2 Les limites de l'étude	63
5.3 Le processus décisionnel	64
5.4 Les recommandation	69
5.4.1 Recommandations pour la pratique	69
5.4.2 Recommandations pour la recherche	70
CHAPITRE VI- Conclusion	72
RÉFÉRENCES	74
ANNEXE 1: Documents relatifs à l'entrevue: formule de consentement et guide-entrevue	82
ANNEXE 2: Classification des énoncés	88

LA FIGURE:

1. La région géographique de l'Asie du Sud	12
--	----

LISTE DES TABLEAUX:

1. Les populations de l'Asie du Sud et leurs caractéristiques	13
2. Les médecines traditionnelles	14
3. Cadre de référence inspiré de Patterson et al. (1986; 1990) et des écrits	24
4. Description des participantes	44
5. La démarche lors de la reconnaissance de la grossesse	48
6. La démarche lors de la recherche de soins prénataux	52
7. Caractéristiques de l'environnement géographique et économique	54
8. Les risques associés à la grossesse	59
9. Représentation visuelle du processus décisionnel de recours à un service de soins prénataux et ce, pour chacune des participantes de l'étude	61

CHAPITRE 1

Problème

L'utilisation de certains services de santé, en période prénatale, est un facteur déterminant dans la promotion de la santé de la mère et du futur bébé (Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 1993; Organisation mondiale de la santé (OMS), 1993; Rooney, 1992). La première consultation est importante, et devrait prendre place tôt au cours de la grossesse, c'est-à-dire au cours des trois premiers mois de grossesse ou aussitôt que la femme sait qu'elle est enceinte (Cooney, 1985; Buekens, Kotelchuck, Blondel, Kristensen, Chen et Masuy-Stroobant, 1993). Les consultations prénatales permettent de détecter et de traiter certains problèmes de santé mais aussi de planifier l'alimentation, l'activité physique, le travail, le comportement à avoir vis-à-vis, par exemple, la consommation des drogues et d'alcool.

Les nombreux écrits relatifs à l'utilisation des services de santé préventifs par les femmes enceintes ont identifié plusieurs facteurs pour prédire ou expliquer la demande des services de soins prénataux par les femmes enceintes qui consultaient ces services de façon précoce ou tardive. Les recherches sur l'utilisation des services de santé en période prénatale en Amérique du Nord, en Europe et ailleurs dans le monde ont retenu des facteurs influençant l'utilisation des services plutôt que l'étude du processus complexe de décision d'utilisation des services de santé (Patterson, Freese et Goldenberg, 1990; Goldenberg, Patterson et Freese, 1992; Campbell, Mitchell, Stanford et Ewigman, 1995; York, Grant, Gibeau, Beecham et Kessler, 1996). Les recherches ont mis l'accent sur les facteurs psychologiques tels que les croyances et les attitudes ainsi que sur les facteurs socio-démographiques et économiques et sur la consultation médicale en période prénatale.

Les facteurs socio-démographiques et économiques s'avèrent être largement corrélés avec l'utilisation des services de soins prénataux (McDonald et Coburn, 1988; Harvey et Faber, 1993; York et al., 1996) et l'identification de ces facteurs n'est pas suffisante pour comprendre le processus décisionnel. Comme le mentionnent plusieurs auteurs, la décision de recourir ou non à un service de santé est non seulement intimement reliée à certains facteurs socio-démographiques, économiques et psychologiques mais aussi à des facteurs reliés à l'accessibilité des ressources de santé et à l'environnement social (Patterson et al., 1986; 1990; Campbell et al., 1995; York et al., 1996).

Il n'existe pas de définition complète et unique du processus décisionnel (Corin, Bibeau, Martin et Laplante, 1990; Massé, 1995; Burman, 1996). Cependant, les auteurs s'entendent pour dire que l'utilisation des services de santé préventifs ne peut être expliquée qu'à travers un processus de décision, dynamique et chronologique. Le processus décisionnel resitue les comportements, en l'occurrence l'utilisation des services de soins prénataux, dans le cadre d'une démarche cognitive, individuelle et sociale, qui mène à une panoplie d'actions possibles pour rechercher des soins jugés adéquats par la personne elle-même ou par son entourage (Chrisman, 1977; Igun, 1979; Patterson et al., 1986; 1990).

Plusieurs modèles ayant une validité transculturelle ont présenté une séquence ou une démarche de recours aux services de santé principalement reliée à la maladie (Zola, 1973; Chrisman, 1977; Igun, 1979; Lenz, 1984; Sorofman, Tripp-Reimer, Lauer et Martin, 1990; Burman, 1996). La terminologie et le nombre d'étapes pour cerner le processus décisionnel diffèrent selon les auteurs. Il existe toutefois un certain consensus. Pour comprendre comment la personne prend la décision de recourir ou non à un service de santé, il est important que la personne reconnaisse son état de santé (Zola, 1973; Chrisman, 1977; Igun, 1979; Patterson et al., 1986; 1990). De plus, la consultation médicale n'est que l'ultime comportement d'un processus vis-à-vis une maladie ou un événement qui va du repos à l'auto-médication en passant par la consultation avec les proches. Selon les auteurs, l'entourage est un facteur important influençant aussi bien la reconnaissance de son état de santé que les démarches pour rechercher des soins de santé.

Les écrits relatifs au processus décisionnel sont un outil conceptuel en soi pour comprendre et documenter le recours à l'utilisation d'un service de santé. Toutefois, ils ne sont pas spécifiques au processus décisionnel d'utilisation des services de santé par les femmes enceintes. De plus, la grossesse est vue par plusieurs groupes ethniques comme un phénomène naturel et non une maladie (Poland, 1989; Winkvist et Akhtar, 1997; Choudhry, 1997). Afin de comprendre le processus décisionnel par des femmes enceintes, un modèle du processus décisionnel en présence de situation préventive et non de maladie est nécessaire. En ce qui concerne l'étude de femmes enceintes qui utilisent des services de soins prénataux, une seule étude centrée sur le processus de décision a pu être recensée. Il s'agit de l'étude de Patterson, Freese et Goldenberg (1990).

Patterson et al. (1990) ont mené une étude qualitative (théorie ancrée) et ont proposé un cadre de référence qui permet une meilleure compréhension du comment et du quand la femme réalise qu'elle est enceinte et comment elle décide de recourir à des soins prénataux. Ce processus fait appel aux valeurs, aux croyances et aux ressources qui motivent le recours à un service de santé particulier. La démarche de recherche d'un service de santé est le fruit d'un jugement que la femme a déjà porté sur la normalité et les causes probables de son état. Mais elle résulte aussi d'un processus de classification, d'interprétation et de discussion de la signification de ses symptômes et des actions à prendre avec l'entourage (Patterson et al., 1986; 1990). Toutes les actions de la femme et les influences qu'elle subit relatives à ce sujet font ressortir l'utilisation des services de santé préventifs comme étant un concept multidimensionnel.

Patterson et al. (1986; 1990) ont étudié une population de femmes enceintes sans spécifier s'il était question de femmes immigrantes. Or, ce sont souvent ces dernières qui sont les plus à risque d'une grossesse défavorable et qui ont le moins recours de façon précoce aux services de santé, particulièrement les services de nature préventive (McDonald et Coburn, 1988; Young, McMahon, Bowman et Thompson, 1989; Harvey et Faber, 1993). Ce sont entre autres, les immigrantes, principalement des milieux socio-économiquement défavorisés, qui sont considérées comme vulnérables (MSSS, 1993); parmi ce groupe, les femmes enceintes récemment immigrées au Canada (moins de trois ans de résidence) semblent particulièrement vulnérables (Edwards, 1994; Choudhry, 1997; Dhari, Patel, Fryer, Dhari, Bilku et Bains, 1997).

L'immigration féminine au Québec est une caractéristique de plus en plus marquante (Ministère des Communautés culturelles et de l'Immigration (MCCI), 1995). Au cours de la dernière décennie, on y accueille, entre autres des femmes provenant de plus en plus des pays en développement tels que le Pakistan, le Sri-Lanka, l'Inde, le Népal et le Bangladesh (Statistiques Canada, 1996). Ces nouvelles populations de femmes immigrantes suscitent l'intérêt des chercheurs canadiens (Thompson, 1987; Choudhry, 1997; Dhari et al., 1997; Vissandjée, Carignan, Gravel et Leduc, 1998).

Des 135 000 nouveaux immigrants à Montréal lors du recensement canadien de 1996, 47 586 nouveaux immigrants provenaient de l'Asie du Sud. Quatre nouveaux immigrants sur dix arrivent du Liban, de la Chine et du Sri-Lanka. À Montréal, la banque

des données « Culture et grossesse » (Doucet, Fortier, Gravel, Heneman, Messier, Ouellet et al., 1996), issue d'un projet de surveillance des naissances entre 1985 et 1994, dans le territoire de Côte-des-neiges, constate que trois femmes enceintes sur dix sont nées à l'extérieur du Canada. Ce projet souligne entre autres que chez les femmes sri-lankaises (une des sept communautés culturelles du projet et la seule de l'Asie du Sud), bien qu'elles aient toutes un suivi médical, les consultations prénatales ne commencent qu'au deuxième trimestre de la grossesse. De plus, les données recueillies auprès de 504 femmes indiquent de façon significative que les femmes d'origine sri-lankaise (12%) participent peu aux cours prénataux organisés par les CLSC comparativement aux femmes d'origine québécoise (57%) (Doucet et al., 1996).

L'utilisation tardive des services de santé peut être expliquée, entre autres, par une différence dans la façon de percevoir la grossesse et les soins appropriés au cours de la grossesse. Les immigrantes arrivent au pays d'accueil sans nécessairement délaisser leur culture d'origine. En fait, elles transposent à divers degrés dans cette société d'accueil, leurs croyances relatives à la nature, aux habitudes, aux causes et aux soins dans le maintien de leur santé (Kleinman, 1980; Helman, 1990; Granot, Spitzer, Aroian, Ravid, Tamir et Noam, 1996; Vissandjée et al., 1998). Ces croyances conditionnent aussi le rapport avec la médecine nord-américaine, les institutions de santé, les services offerts et leurs intervenants.

La grossesse peut être une expérience d'autant plus stressante pour ces femmes dans ce nouvel environnement, à cause du langage et de la culture différente, de l'organisation familiale différente, de la transformation radicale de leur corps mais aussi des services de santé qui véhiculent des valeurs et des idées différentes (Thompson, 1987; Choudhry, 1997; Dahri et al., 1997).

Il existe certaines croyances et pratiques qui modulent l'évolution de la grossesse, la santé de la mère et l'utilisation des services de santé pour maintenir leur état de santé, l'améliorer ou prévenir la maladie telles que la pratique du chaud et du froid et la préférence pour les femmes soignantes (Nag, 1994; Choudhry, 1997). Toutefois, il existe peu d'écrits qui aient mis en évidence dans quelle mesure ces variables culturelles influencent l'utilisation des services de santé préventifs chez les nouvelles immigrées, en

l'occurrence les femmes en provenance de l'Asie du Sud en période prénatale (Sbah, 1993; Winkvist et Akhtar, 1997; Vissandjée et al., 1998).

Nous avons cru pertinent d'explorer auprès des femmes enceintes immigrantes, originaires de l'Asie du Sud, comment elles arrivent à utiliser les services de soins prénataux. Selon Patterson et al. (1990), l'utilisation des services de santé préventifs, par des femmes enceintes pour s'assurer une grossesse sans risque, se définit comme un processus à divers paliers. Ces auteurs qualifient ce processus de «*Seeking Safe Passage*» et est constitué de deux composantes, soit la reconnaissance de la grossesse et la recherche de soins à travers diverses actions possibles. Ce processus serait influencé par divers facteurs personnels tels que l'âge, le revenu et les croyances et certains facteurs reliés aux services de santé.

Patterson et al. (1990) soulignent que les facteurs, en regard du service de santé choisi, demandent à être clarifiés (Patterson et al., 1990). Quatre facteurs ont été identifiés, soit : 1) les considérations financières, 2) la réputation du professionnel de la santé, 3) la qualité des soins et 4) les relations pré-existantes avec un service en particulier. Toutefois, ces facteurs ne nous semblent pas des plus pertinents pour une population de femmes nouvellement arrivées au pays. Plusieurs études traitant de l'utilisation des services de santé par des femmes enceintes immigrantes suggèrent qu'il serait plus approprié de penser à des facteurs reliés à l'environnement social, tels que l'encouragement de l'entourage par exemple, les beaux-parents et à certains facteurs reliés à l'accessibilité des ressources de santé, soit la distance à parcourir entre la résidence et le service de soins, les coûts engendrés par ces déplacements ainsi que la connaissance des services de santé (Scupholme, Robertson et Kamons, 1991; Zambrana, Dunkel-Schetter et Scrimshaw, 1991; Ojanuga et Gilbert, 1992).

Cette étude permettra à l'infirmière en santé maternelle d'être mieux outillée pour rejoindre les femmes en provenance de l'Asie du Sud. Mandatées pour développer des programmes de prévention de la maladie et de promotion de la santé qui soient adaptés à la population (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992), les infirmières, en l'occurrence celles travaillant en santé maternelle, sont de plus en plus appelées à mieux comprendre le processus conduisant à l'utilisation des services de soins prénataux et les caractéristiques chez les femmes qui facilitent ce processus. Ce défi est de taille lorsqu'il

s'agit d'aller rejoindre ces femmes nouvellement immigrées qui n'ont pas nécessairement les mêmes valeurs, les mêmes idées et les mêmes comportements face à l'utilisation des services de soins prénataux que les femmes de l'Amérique du Nord.

1.1 But de l'étude

Décrire et examiner le processus décisionnel d'utilisation initiale d'un service de soins prénataux par des immigrantes de l'Asie du Sud.

1.2 Question

- 1) Quelle est la démarche suivie par les femmes enceintes immigrantes, originaires de l'Asie du Sud, pour décider de recourir à un service de soins prénataux ?

CHAPITRE II

Recension des écrits

Ce chapitre est divisé en cinq parties, soit: 1) Les études empiriques concernant les recherches sur l'utilisation des services de santé par les femmes enceintes; 2) Les femmes de l'Asie du Sud et l'utilisation des services de santé; 3) Le contexte canadien et les femmes enceintes de l'Asie du Sud; 4) Le cadre de référence et 5) La synthèse des écrits

2.1 Les études empiriques concernant les recherches sur l'utilisation des services de santé par les femmes enceintes.

Les écrits traitant de l'utilisation des services par les femmes enceintes abondent de modèles explicatifs ou prédictifs de valeurs, de croyances et de pratiques de santé chez différentes populations. Ces études présentent plusieurs limites, notamment, l'examen morcelé des composantes du processus décisionnel, une population mal définie, l'utilisation presque exclusive d'instruments standardisés qui ne tiennent pas compte du contexte culturel (Patterson et al., 1990; Massé, 1995; York et al., 1996). De plus, il existe encore peu d'informations sur la connaissance des services et l'accessibilité des services en relation aux femmes immigrantes dans le processus décisionnel (St-Clair, Smeriglio, Alexander et Celentano, 1989; Zambrana et al., 1991; Ojanuga et Gilbert, 1992; Goldenberg et al., 1992).

L'examen morcelé de différents facteurs reliés à l'utilisation des services de santé par les femmes enceintes, des minorités ethniques ou non, constitue une première limite. Ces facteurs nous informent peu sur l'ensemble du processus et sur la dynamique existante entre les différentes composantes du processus décisionnel. Le sens et l'importance attribués à la reconnaissance de l'état de la grossesse et aux différentes actions menant à l'utilisation des services de santé ont été peu examinés. Plus spécifiquement, l'influence culturelle dans l'utilisation de diverses ressources de soins (personnelles et non professionnelles) autres que les services de santé professionnels dans la compréhension du recours aux services en période prénatale a été peu considérée.

Les écrits s'accordent aussi pour dire que les relations de la femme enceinte avec son environnement social influencent l'utilisation des services de soins prénataux (St Clair et al., 1989; Giblin, Poland et Ager, 1990; Lia-Hoagberg, Rode, Skovholt, Oberg, Berg, Mullett et Choi, 1990). Les études traitant de l'environnement social et de l'utilisation des services de soins prénataux sont plutôt caractérisées par un manque de consensus sur le

rôle de l'environnement social et ce qui doit être mesuré (Giblin et al., 1990; Schaffer et Lia-Hoagberg, 1997). Les écrits relatifs à l'environnement social et à l'utilisation des services de santé portent majoritairement sur les liens affectifs (Giblin et al., 1990; Lantican et Corona, 1992; Schaffer et Lia-Hoagberg, 1997) ou sur la structure du réseau social (St-Clair et al., 1989; Kugler, Yeash et Rumbaugh, 1993). Dans l'optique du processus décisionnel, il faut être particulièrement attentif à l'une des fonctions de soutien remplies par le réseau social: celle de référence vers des ressources de santé professionnelles (Patterson et al., 1990). Peu de recherches ont développé le rôle de l'entourage comme agent de référence vers les ressources de santé.

Une population à l'étude mal définie est une deuxième limite des études empiriques. Malgré un grand nombre d'études sur les facteurs reliés à l'utilisation des services de santé par des femmes enceintes, seules quelques études mentionnent clairement que la population à l'étude est immigrante (née hors du pays où se déroule l'étude) ou réside au pays depuis peu de temps. En fait, la grande majorité des études ont examiné différentes minorités ethniques (majoritairement les femmes noires et les Sud-Américaines) sans toutefois préciser s'il s'agit de femmes immigrantes ou non.

Une troisième limite des études empiriques se rapporte au fait que, dans la majorité des études, les modèles utilisés reflètent les attitudes et les valeurs des Nord-Américains et ignorent celles des autres peuples. Les questionnaires découlant de ces modèles tiennent plus ou moins compte du niveau de compréhension et de l'analphabétisation de certains groupes sociaux. Les questions posées sous forme de questions fermées et les échelles utilisées restreignent la nature des réponses quant aux croyances, aux valeurs, aux actions, etc. que l'on cherche à décrire. L'utilisation d'instruments standardisés laisse peu de latitude aux femmes pour s'exprimer et n'a pas permis d'expliquer ou de décrire l'influence et l'importance réelles des facteurs culturels.

Finalement, l'accessibilité géographique et économique (distance à parcourir et contraintes financières) ainsi que la connaissance des services de santé professionnels méritent une plus grande attention. Par exemple, dans un pays comme le Canada où les soins de santé sont gratuits, on peut penser que les contraintes financières influent peu sur le recours à un service de santé. Des études américaines notent que la distance et les frais engendrés par le coût des transports, les frais de gardiennage ou un habillement adéquat

peuvent influencer négativement l'utilisation d'un service de santé et ce, même dans les grandes villes (Lia-Hoagberg et al., 1990; Scupholme et al., 1991; Burks, 1992; York, Williams et Monro, 1993).

Certains auteurs (Zambrana et al., 1991; York et al., 1993) identifient aussi le manque de connaissances des endroits où recevoir des soins prénataux comme l'une des cinq premières raisons pour ne pas recevoir des soins prénataux chez les minorités ethniques dans un nouvel environnement.

En somme, d'importantes questions concernant le processus décisionnel d'utilisation des services de santé restent sans réponse, particulièrement chez les femmes immigrantes. Afin de bien comprendre le processus décisionnel d'utilisation des services de santé, il faut considérer les pensées et les actions dans la démarche entreprise par la femme qui mènent à l'utilisation d'un service de santé professionnel. La prochaine section présente des écrits au regard des femmes des pays de l'Asie du Sud.

2.2 Les femmes de l'Asie du Sud et l'utilisation des services de santé

Afin de mieux comprendre quelques aspects relatifs aux femmes originaires de l'Asie du Sud et de l'utilisation des services de soins, nous aborderons les sujets suivants : la région, les soins médicaux et la perception de la santé des femmes de l'Asie du Sud, les recherches sur l'utilisation des services par les femmes enceintes de l'Asie du Sud, les soins maternels dans les pays de l'Asie du Sud ainsi que le contexte culturel des femmes enceintes de l'Asie du Sud et les soins prénataux.

2.2.1 La région

L'Asie du Sud est composé du Pakistan, de l'Inde, du Népal, du Bangladesh et du Sri Lanka. Cette région est bordée au nord par la Chine et à l'est par le Bhoutan. Au sud, il y a l'océan Indien, la mer d'Oman et le Golf du Bengale. À l'ouest, cette région fait frontière avec l'Iran et l'Afghanistan (voir figure 1, p.12). Il existe dans cette région plusieurs langues et dialectes à l'intérieur d'un même pays. La religion islamique est prédominante, suivie par le hindouisme, le bouddhisme, les religions chrétiennes et le sikh (voir tableau 1, p.13 pour plus de détails). Les gens peuplant la région de l'Asie du Sud vivent en grande concentration, en milieu rural ou en périphérie des villes. Par

exemple, au Népal, 91% des gens vivent en milieu rural (dans les montagnes). Au Bangladesh, la population vivant dans les milieux ruraux représente 84% de la population totale (Amin, Chowdhury, Kamal et Chowdhury, 1989). Ce sont surtout les difficultés économiques et une certaine instabilité politique de ces pays qui amènent plusieurs personnes à quitter leur pays pour venir s'installer au Canada.

2.2.2 Les soins médicaux et la perception de la santé des femmes de l'Asie du Sud

Les immigrants de l'Asie du Sud sont habitués à un enchevêtrement de systèmes et de sous-systèmes de soins médicaux (Nordstrom, 1988; Kazmi, 1991; Srinivasan, 1995; Winkvist et Akhtar, 1997). Autre que le système de soins modernes (standard nord-américain ou européen), il y a la médecine traditionnelle (voir tableau 2, p.14) qui a plus de 5000 ans d'existence et les médecines folkloriques. Il existe plusieurs sous-systèmes

Figure 1 : La région géographique de l'Asie du Sud.



Tableau 1 : Les populations de l'Asie du Sud et leurs caractéristiques

Pays	Population	Superficie du territoire (en kilomètres carrés)	Langue(s)	Principale(s) religion(s)
Bangladesh	115 millions	144 000	Bangla , Anglais	Islamique, hindoue
Népal	18 millions	147 000	Kathmandu, Nepali	Hindoue, bouddhiste
Pakistan	105 millions	796 000	Urdu, Punjabi, Sindi et Anglais	Islamique
Sri Lanka	17 millions	65 000	Sinhala, tamil et anglais	Hindoue, bouddhiste et chrétienne
Inde	843 millions	3 166 000	Hindi, anglais et divers dialectes	Hindoue, islamique, sikh, bouddhiste et chrétienne

de soins dans la pratique traditionnelle. Certains praticiens peuvent avoir reçu une formation universitaire ou collégiale et posséder un diplôme ou une licence autorisé par l'état.

D'autres sont certifiés, sans toutefois avoir une formation professionnelle. Ces praticiens ont appris la profession par expérience, comme apprentis. Ces praticiens peuvent passer une certification émise par l'état. Plusieurs autres praticiens traditionnels n'ont aucune formation. Les diplômés (praticiens licenciés ou diplômés) se concentrent souvent dans les grandes villes. La médecine folklorique réfère aux rabouteux, aux prêtres, aux sorciers, etc... Parmi ce groupe, on retrouve aussi les sages-femmes.

Certains auteurs rapportent que le système médical moderne est utilisé par les gens pour contrôler la maladie et parce qu'il traite de façon efficace. La médecine traditionnelle permet non seulement de traiter la maladie mais offre aussi une satisfaction et une interprétation culturelle (Gesler, 1984; Waxler-Morrison, 1988). Les gens, en l'occurrence les femmes, choisissent un système ou l'autre en fonction principalement de leurs croyances et de leurs perceptions sur les causes et la sévérité de la maladie (Vissandjée, Barlow et Frazer, 1997; Winkvist et Akhtar, 1997).

Cependant, dans plusieurs pays en développement, en l'occurrence les pays de l'Asie du Sud, les connaissances sur la santé et les soins de santé sont pauvres. Comme le rapportent Winkvist et Akhtar (1997), la santé est le miroir du contexte social de ces femmes. Ces femmes ont un statut social inférieur à l'homme et même inférieur à la

belle-mère. Dans leur étude, Winkvist et Akhtar (1997) rapportent que pour la majorité des femmes pakistanaïses, leur santé dépend de leurs compétences physiques au regard des tâches domestiques. Dans ces pays, le rôle de la femme limite son accès au monde extérieur et la confine au foyer (Papenek, 1990). L'utilisation des services de santé se résume non pas par un besoin de santé noté par la femme mais par son incapacité à maintenir son rôle de femme au foyer. Le mari ou la belle-mère sont souvent les décideurs en ce qui concerne les services de santé à consulter ou les soins à recevoir (Winkvist et Akhtar, 1997).

Tableau 2 : Les médecines traditionnelles

L'**Ayurveda** : ou « science de la vie » est l'un des premiers systèmes de médecine à avoir été formulés. Il se fonde sur des doctrines qui englobent toutes les sciences physiques, chimiques, biologiques et spirituelles. Il comprend huit spécialisations : médecine interne, pédiatrie, psychologie, oto-rhino-laryngologie, chirurgie, toxicologie, gériatrie et la médecine eugénique.

Le **Siddha** : ce système de soins est principalement thérapeutique. Ses principes fondamentaux sont très proches de ceux de l'Ayurveda avec une spécialisation en latrochimie.

L'**Unani** : ou médecine gréco-arabe, se fonde sur la théorie hippocrate des quatre humeurs (sang, phlème, bile jaune et bile noire) telle qu'elle a évolué dans le monde arabe. Cette médecine décrit la maladie comme un déséquilibre de ces quatre humeurs. Le traitement inclut les herbes et les fruits. On fait aussi grand cas du pouvoir naturel de conservation ou d'adaptation que possède l'organisme.

N.B. On se réfère à l'une ou à plusieurs de ces médecines selon les praticiens. De plus, les praticiens diplômés ou certifiés peuvent utiliser les médicaments tels que les antibiotiques et utilisent aussi certains instruments tels que le thermomètre ou un sphygmomanomètre.

Sources : Nordstrom, 1988; Srinivasan, 1995.

2.2.3 Les recherches sur l'utilisation des services par les femmes enceintes dans les pays de l'Asie du Sud

Les recherches dans les pays de l'Asie du Sud, tout comme beaucoup d'autres recherches dans d'autres pays en développement, se sont surtout penchées sur les causes de mortalité maternelle et infantile afin de justifier l'importance du soutien professionnel dont les femmes enceintes ont besoin (Ojanuga et Gilbert, 1992; Singh, 1994). Selon

Fikree, Midhet, Sadruddin et Berendes (1997), le taux de mortalité maternelle dans les pays en développement est comparable à celui des pays industrialisés, il y a 50 ans. Le risque de décès relié à des complications au cours de la grossesse est estimé à 1 sur 48 femmes dans les pays en développement et 1 sur 1800 femmes dans les pays industrialisés (OMS, 1996). Le taux de mortalité maternelle n'est que la pointe de l'iceberg. Koblinsky, Campbell et Harlow (1993) rapportent que, pour chaque décès maternel, on estime à 100 le nombre de cas de morbidité reliée à la période prénatale. Une étude menée en Inde (n=345) signale que 40 % des décès survenus au cours de la grossesse sont significativement reliés au fait de consulter un service de santé trop tard (OMS, 1997). Afin de contrer ce fléau, plusieurs chercheurs se sont penchés sur les facteurs de risque tels que le taux de fertilité, l'histoire obstétricale, la localisation géographique et le statut socio-économique (Koblinsky et al., 1993; Fikree et al., 1997).

Il est reconnu que les femmes des pays en développement, en l'occurrence les femmes des pays de l'Asie du Sud, ont plusieurs enfants, surtout les femmes des milieux ruraux. Le taux de fertilité moyen dans les pays de l'Asie du Sud est de 5,8 enfants par femme comparativement à 1,8 enfants chez les femmes de l'Amérique du Nord. Les méthodes de planification des naissances, dans les pays de l'Asie du Sud, ne seraient utilisées que par environ 15% des femmes mariées en âge de procréer (Grant, 1991; World Bank, 1991). Les explications les plus souvent évoquées par les chercheurs sont le manque de connaissances et les réticences religieuses (Grant, 1991; World Bank, 1991). On peut aussi penser que parce que ces femmes vivent souvent dans des conditions économiques et sanitaires difficiles, une famille nombreuse crée l'espoir que certains de ces enfants survivront jusqu'à l'âge adulte.

De nombreux enfants, un revenu faible et un degré de scolarité peu élevé engendrent la pauvreté et mettent à risque la santé de la femme enceinte et de son futur bébé. Dans les pays de l'Asie du Sud, nombreuses sont les femmes illettrées. Ojanuga et Gilbert (1992) rapportent qu'au Pakistan, quatre femmes sur cinq, soit 87% des femmes de ce pays ne savent pas lire; au Bangladesh, 71% des femmes; au Népal, elles sont 92% et en Inde, 76% des femmes ne peuvent pas lire (Evans, 1995). Les Sri-Lankaises sont plus éduquées que les femmes des pays voisins. On retrouve une forte proportion de femmes qui savent lire, soit 83.2% (Gunaserera et Wijesinghe, 1996).

2.2.4 Les services de soins maternels dans les pays de l'Asie du Sud

Les soins maternels, tout comme l'accouchement, sont largement dispensés par la sage-femme, surtout en milieu rural. On devient souvent sage-femme par tradition, de mère en fille, de mère en belle-fille. Les sages-femmes sont disponibles jour et nuit et peuvent être payées en argent ou en commodités. Lors de l'accouchement, la sage-femme peut recevoir plus d'argent, de vêtements ou de céréales pour la naissance d'un garçon que pour la naissance d'une fille (Kazmi, 1991; Winkvist et Akhtar, 1997). Les sages-femmes sont souvent illettrées et sont appelées la « dai » (Singh, 1994; Bentley, 1995). Les sages-femmes traditionnelles vivent au village sans toutefois occuper les postes de santé puisqu'on exige un minimum d'éducation pour y travailler. Certaines d'entre elles peuvent recevoir une formation (d'environ un mois) afin d'assurer une pratique plus hygiénique et sécuritaire ainsi que de permettre d'aider à référer les femmes enceintes ayant des problèmes potentiels (Viegas, Singh et Ratnam, 1987; Bentley, 1995).

Il y a aussi des sages-femmes qui ont reçu une formation de deux ans (assistante sage-femme) ou trois ans (infirmière sage-femme); elles travaillent dans les postes de santé (Bentley, 1995). Elles sont souvent jeunes, célibataires et arrivent souvent de la ville. Bien qu'elles soient formées adéquatement, elles ne représentent pas l'image d'une bonne sage-femme (Bentley, 1995). Une sage-femme se doit d'avoir de l'expérience (des enfants) et un certain âge. Les femmes préfèrent les sages-femmes traditionnelles aussi parce qu'elles partagent les mêmes croyances, elles portent des vêtements semblables et, de plus, elles se connaissent depuis un certain temps (Singh, 1994; Bentley, 1995).

En ce qui a trait à l'utilisation des services de soins de santé pour les femmes enceintes, l'influence de la pratique médicale moderne, l'urbanisation et l'éducation ont persuadé plusieurs femmes, principalement de la classe moyenne et de la classe socialement favorisée, à aller à l'hôpital pour l'accouchement (Hlady, Fauveau, Khan, Chakraborty et Yunus, 1992; Mahmood, Atif, Mujeeb, Bano et Mubasher, 1997). Toutefois, les femmes de l'Asie du Sud en général expriment une préférence pour la sage-femme traditionnelle en ce qui concerne les soins prénataux et l'accouchement parce qu'on la connaît et on lui fait confiance (Kazmi, 1991; Presern, 1992; Bentley, 1995); elle coûte moins cher que les autres praticiens (Amin et al., 1989; Kazmi, 1995)

et, de plus, elle est plus accessible puisqu'elle vit au village et partage les mêmes valeurs (Kazmi, 1991; Bentley, 1995).

Le soutien de la famille, surtout les membres du sexe féminin, est grandement sollicité en période prénatale. Ce sont la mère, la belle-mère et la vieille femme de la communauté qui prodiguent les informations et l'assistance au regard des soins prénataux et de l'accouchement (Bentley, 1995; Choudhry, 1997; Winkvist et Akhtar, 1997). Les services de santé ne sont fréquentés que lorsqu'un problème survient et que la famille ou la sage-femme ne peuvent pas le guérir ou le traiter. Les femmes reprocheraient aux professionnels de la santé (médecine occidentale) d'être impolis et sans égard, rudes, insensibles à leurs valeurs et croyances en plus de n'être disponibles qu'à des heures et des endroits spécifiques (Kazmi, 1991; Ojanuga et Gilbert, 1992; Bentley, 1995).

De plus, il est plus convenable socialement, pour la femme de l'Asie du Sud, de consulter une femme pour ses problèmes de santé ou pour surveiller et examiner une femme enceinte (Parker, Shah, Alexander et Neumann, 1979; Winkvist et Akhtar, 1997) que de consulter un professionnel masculin. La femme enceinte nouvellement mariée n'ira consulter un médecin, très souvent, que si son mari ou sa belle-mère l'accompagne. Les femmes plus vieilles peuvent s'y rendre seules ou, très souvent, elles sont accompagnées par des enfants (Winkvist et Akhtar, 1997). Pour mieux comprendre les pratiques et les expressions qui entourent la période prénatale, la prochaine section présente le contexte culturel d'une façon plus globale des femmes de l'Asie du Sud, en l'occurrence les valeurs et les croyances.

2.2.5 Le contexte culturel des femmes enceintes de l'Asie du Sud et les soins prénataux.

Les écrits relatifs aux femmes originaires de l'Asie du Sud et de l'utilisation des services de soins font ressortir l'importance du contexte culturel dans la prise de décision. Les écrits présentent davantage les valeurs véhiculées par la famille et le groupe d'appartenance. À l'exception des recherches portant sur les facteurs économiques et géographiques, peu d'études ont été faites sur les rapports existant entre les femmes de l'Asie du Sud et la santé, la perception et les croyances qui y sont liées (Winkvist et Akhtar, 1997).

Le mot valeur peut se définir comme étant « un ensemble de règles de conduites, des lois jugées conformes à un idéal et auxquelles on se réfère » (Le petit Robert, 1996). Les valeurs guident la pensée et les décisions. Les valeurs sont des principes moraux, c'est-à-dire une conception du « préférable » appris, partagés et transmis par les membres d'une même famille et d'une même communauté. La femme de l'Asie du Sud vit généralement dans une grande famille patrilinéaire qui rassemble sous le même toit plusieurs générations : les parents, les fils et leurs épouses, les enfants et les filles non mariées. Ce sont très souvent les parents qui décident en matière de santé, surtout la mère. Dans ces pays où l'islam est prédominant, le statut de la femme mariée la met dans un état de subordination au mari et même à la belle-mère.

Chez les peuples de l'Asie du Sud, la maternité est socialement valorisée et les jeunes filles doivent se marier puis devenir mère. La grossesse est vue comme un phénomène physiologique normal qui ne requiert pas d'attention médicale (Ojanuga et Gilbert, 1992; Choudhry, 1997). La famille, particulièrement les femmes, prennent en charge la mère en devenir et surveille le déroulement de la grossesse. La grossesse est vue comme une affaire de femme. De plus, les déplacements pour une visite médicale occasionnent certains problèmes, par exemple, une réorganisation du travail dans la maison, parfois il faut quelqu'un pour l'accompagner ou payer le coût pour la visite. On valorise l'utilisation de la sage-femme traditionnelle en période prénatale ainsi que pour l'accouchement.

Le petit Robert (1996) définit le mot croyance comme étant « le fait de croire à la vérité ou à l'existence d'une chose ». Les croyances guident aussi les pensées et les actions. Les croyances ont une forte connotation spirituelle et elles sont principalement reliées à la nutrition. Plus tangibles que les valeurs, les croyances peuvent être discernées à partir de comportements observables. Par exemple, en ce qui concerne les soins de santé, la plupart des femmes de l'Asie du Sud, parce qu'elles sont de religion islamique, acceptent peu ou même pas du tout qu'un professionnel masculin les examine. Elles préfèrent une professionnelle parce que la professionnelle est une femme et l'on croit que la professionnelle connaît mieux les femmes (Winkvist et Akhtar, 1997).

Plusieurs auteurs notent que le succès de la grossesse sans risque a un lien direct avec les aliments à consommer ou à éviter (Choudhry, 1997; Winkvist et Akhtar, 1997).

Par exemple, la religion islamique impose certains interdits alimentaires tels que le porc, le gibier, les bêtes accidentées et l'alcool. Pour plusieurs femmes (musulmanes ou non), la grossesse génère un état de « chaud »; il est donc désirable d'obtenir un équilibre en ingérant des aliments « froids » (Nag, 1994). À l'aide aussi de tisanes de racines et de mélanges d'herbes, on tente de rétablir l'équilibre entre le chaud et le froid. Les herbes médicinales sont souvent ingérées dans l'espoir d'avoir un fils. Plusieurs femmes croient que les aliments « froids » tels que la banane, les produits laitiers, le blé et le riz sont recommandés durant la grossesse, surtout au premier trimestre, pour éviter l'avortement. Les aliments « chauds » tels que les oeufs, le sucre, les fèves et les lentilles sont encouragés surtout au troisième trimestre pour faciliter l'expulsion du bébé (Choudhry, 1997). Ces croyances ne sont pas dangereuses en soi pour la mère et son futur bébé. Un point positif est à signaler : Les femmes de l'Asie du Sud ne fument pas.

Cependant, Choudhry (1997) rapporte plusieurs études qui soulignent que les femmes, notamment les femmes indiennes restreignent leurs apports alimentaires parce qu'elles croient que si elles mangent trop, le bébé à naître sera trop gros et que l'accouchement sera difficile. Ces femmes ne croient pas, selon les auteurs cités par Choudhry (1997), que l'abstinence ou un apport restreint de certains aliments peut être néfaste pour le fœtus. L'abstinence ou un apport restreint de certains aliments peut causer des problèmes de santé tels que l'anémie qui, non soignée, peut entraîner des problèmes de santé graves.

Il existe une explication alternative à l'abstinence ou à l'apport alimentaire restreint (Choudhry, 1997). Le pouvoir d'achat et le statut de la femme au sein de la famille sont probablement des raisons plus réelles que le fait de donner naissance à de gros bébés. Beaucoup de familles sont pauvres dans les pays de l'Asie du Sud et l'achat d'assez grandes quantités et de variétés de nourriture peut être difficile voire même impossible. De plus, la femme est très souvent la personne qui mange après que les enfants, les parents et les hommes aient mangé. La femme se retrouve à ne manger que ce qui reste du repas.

Une autre croyance est qu'un saignement abondant avant l'accouchement semble être un « bon signe » parce le sang purifie l'utérus et l'enfant sera propre et pur. Si le saignement est au cours du cinquième mois, cela annonce un fœtus de sexe masculin

(Choudhry, 1997). Une étude menée au Népal souligne que même si les femmes savent reconnaître les complications reliées à la grossesse ou à l'accouchement, elles attendent au moins deux jours avant de se présenter à un service de santé (OMS, 1997). Outre le problème de transport et les problèmes financiers, les auteurs attestent que l'importance de ces complications ainsi que l'intérêt de consulter en urgence sont souvent mal compris. Il se peut aussi que la femme ait décidé de recourir à un guérisseur dans un premier temps et que, devant l'échec de celui-ci, elle décide finalement de recourir à un service de santé professionnel (OMS, 1997).

En guise de conclusion, le contexte culturel des femmes de l'Asie du Sud diffère sur plusieurs points de celui connu en Amérique du Nord. Le processus décisionnel d'utilisation des services de santé en période prénatale ne se comprend que si on le rattache au contexte culturel de la population étudiée.

2.3 Le contexte canadien et les femmes enceintes de l'Asie du Sud

Plusieurs femmes originaires de l'Asie du Sud au Québec, ou ailleurs au Canada, vivent leur grossesse loin des services de santé (Dahri et al., 1997). Plusieurs auteurs notent que ces femmes semblent isolées sur le plan social à cause du choc culturel et des barrières linguistiques (Heneman, Legault, Gravel, Fortin et Alvarado, 1994; Choudhry, 1997; Dahri et al., 1997). Les services de soins prénataux sont différents de ceux auxquelles ces femmes sont habituées. Comme résultat, elles ont tendance à rechercher de l'information et de l'assistance auprès de leur famille ou d'une autre femme de leur communauté. Elles consultent alors très peu les services de santé et préfèrent utiliser leur bagage culturel pour prendre soin d'elles-mêmes en période prénatale (Choudhry, 1997).

De nombreuses études ont souligné que l'utilisation préventive et adéquate des services de santé, par les femmes enceintes, dépend notamment de leur statut socio-économique (Goldenberg et al., 1992; MSSS, 1993; Edwards, 1994; York et al., 1996; Winkvist et Akhter, 1997). Plus précisément, les consultations tardives sont plus associées aux femmes qui ont un niveau de scolarité faible (moins de 12 ans) et un revenu également faible et ce, peu importe l'origine de la femme enceinte.

Au Québec, les immigrantes vivent souvent dans des conditions socio-économiques précaires. Par exemple, l'enquête déjà citée auprès de 504 mères sri lankaises, révèle que

deux femmes sur cinq, soit 38% de ces femmes, sont prestataires de la sécurité du revenu. Toujours, d'après cette même enquête, 60% de ces femmes ont complété des études secondaires. Une autre étude québécoise portant sur l'adéquation des services avec les besoins des jeunes familles immigrantes (n=297 dont 17 familles de l'Asie du Sud) souligne que trouver un travail est très difficile à cause de la langue mais aussi à cause d'un manque d'expérience de travail dans le contexte canadien (Heneman et al., 1994).

Bien qu'il existe plusieurs centres des femmes de l'Asie du Sud et de nombreux programmes pour aider les femmes aux cours de la grossesse et ce, à travers le Canada, particulièrement à Montréal, peu d'écrits ont été publiés et aucune étude n'a pu être recensée au regard du processus décisionnel d'utilisation des services de santé, en l'occurrence des soins prénataux.

Choudhry (1997) a décrit certaines pratiques de soins relatives à la périnatalité. Elle conclut que les professionnels de la santé doivent faire preuve d'une ouverture, dans la compréhension des soins de santé entourant la grossesse, et qu'une convergence des soins avec les valeurs, les croyances et les attentes est nécessaire pour donner des services et des soins de qualité.

Dahri et al. (1997) rapportent la création d'un programme de santé prénatale, en 1994, pour des femmes indo-canadiennes (organisme communautaire en Colombie-britannique). Les sessions ont été données à 15 femmes dont la plupart étaient accompagnées par un membre de leur entourage. Les immigrantes vivaient au pays, en moyenne, depuis un an. Les auteurs notent que, dans un premier temps, les femmes disent ne pas avoir besoin de soins prénataux ou d'apprendre au sujet de la grossesse. De plus, certains sujets ne peuvent pas être discutés dans un lieu public, spécialement en présence d'hommes. D'après les auteurs, les perceptions de l'utilité de ce service ont radicalement changé suite à ces sessions chez plusieurs femmes et leurs conjoints. Les auteurs appuient leur réussite sur le fait que toutes les femmes, sauf une, ont donné naissance à des bébés de poids normal compte tenu des semaines de gestation mais sans en préciser davantage. Bien que ce projet semble avoir été une réussite, l'expérience n'a pas été répétée, faute d'argent pour mener à bien un tel programme.

Ainsi, les praticiens tentent de rejoindre ces femmes afin qu'elles reçoivent l'information et le soutien dont elles peuvent avoir besoin. La non-utilisation des services

de soins prénataux est reliée entre autres, aux valeurs, aux croyances et aux pratiques de soins de ces femmes qui diffèrent de celles des intervenants occidentaux. L'infirmière, qui est la professionnelle la plus présente auprès de cette population, essaie de comprendre comment la culture de ces femmes va modeler leur utilisation des services de santé. Ce savoir favorisera des possibilités de contact et peut-être des activités de "reaching out".

2.4 Le cadre de référence

Patterson, Freese et Goldenberg (1986; 1990) ont réalisé deux recherches qualitatives pertinentes à la présente étude puisqu'elles examinent le processus décisionnel relié à l'utilisation des services de santé par des femmes enceintes. La méthode d'analyse qualitative, soit la théorie ancrée, a permis aux auteurs d'élaborer un cadre de référence traitant du recours aux services de santé comme un processus. Patterson et al. (1990) ont identifié deux composantes pour définir le processus décisionnel d'utilisation des services de santé par des femmes enceintes pour "s'assurer une grossesse sans risque" (traduction libre de *Safe Seeking Passage*). Il s'agit de la reconnaissance de la grossesse et de la recherche de soins prénataux. Ce processus est influencé par les valeurs et les croyances, les connaissances, les expériences et certains facteurs reliés à l'accessibilité géographique et économique ainsi qu'à la connaissance des services de santé (tableau 3, p. 24).

Le cadre de référence, proposé par Patterson et al. (1990), est un processus dynamique qui permet de décrire les différentes composantes reliées au processus décisionnel d'utilisation des services de soins prénataux et de mettre en relief la démarche entreprise par la femme enceinte vers l'utilisation d'un service de soins prénataux.

2.4.1 La reconnaissance de la grossesse

La reconnaissance de la grossesse a fait l'objet d'une première étude par Patterson, Freese et Goldenberg en 1986. Plus précisément, les auteurs parlent du processus d'auto-diagnostic de la grossesse. Ce processus permet de comprendre comment une femme se rend compte qu'elle est enceinte. Patterson et al. (1986) définissent la reconnaissance de

la grossesse comme un processus de diagnostic destiné à réduire l'incertitude ou à confirmer la grossesse. Cette composante est l'assise de la prise de décision relative aux futures actions à entreprendre. Deux sous-composantes sont identifiées par Patterson et al. (1986) pour décrire ce processus, soit a) la présence de signes associés à la grossesse et b) la confirmation de la grossesse.

a) La présence de signes associés à la grossesse

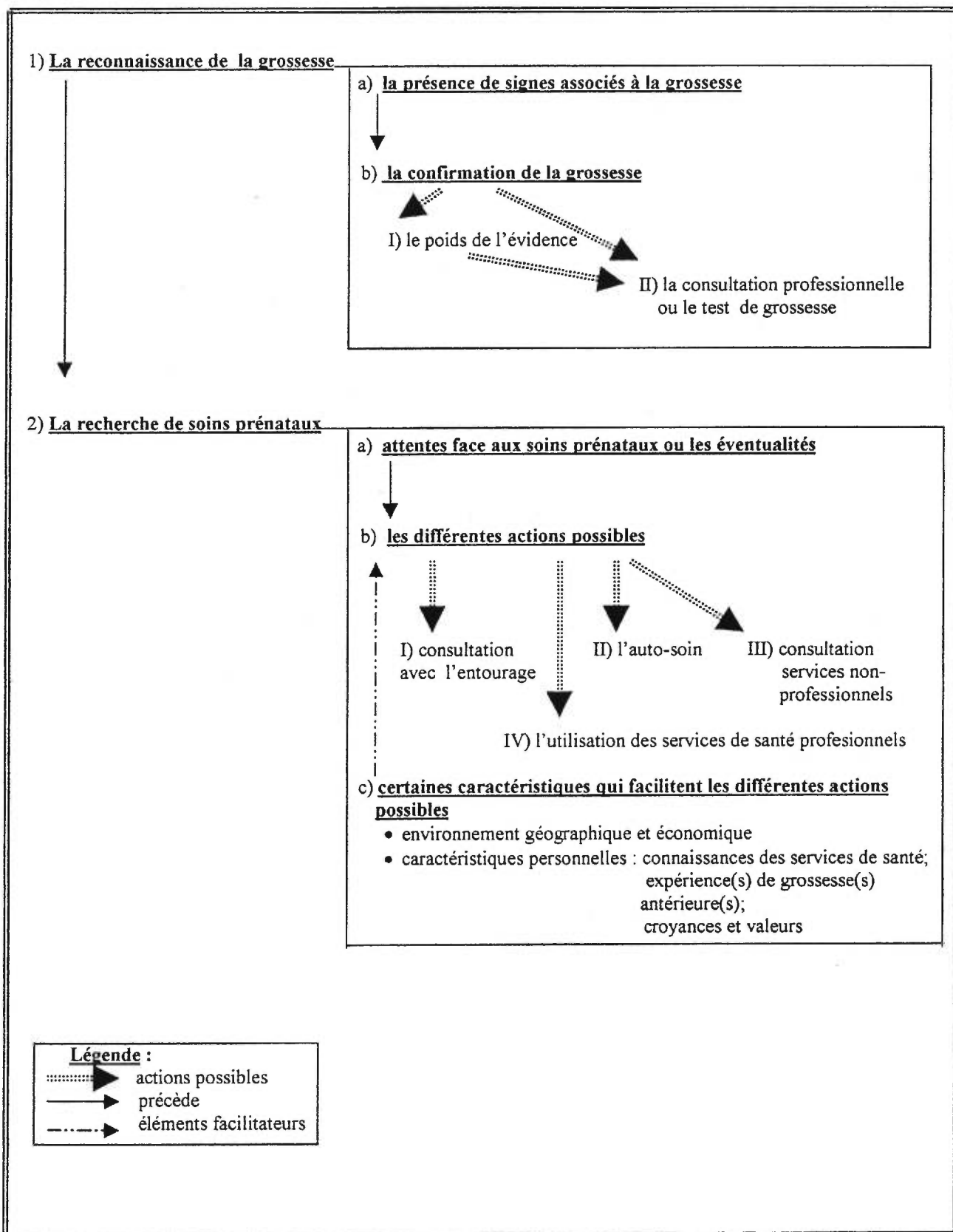
La première sous-composante fait référence à la perception d'un changement physiologique ou psychologique qui est interprété par la femme comme un indice associé au diagnostic de la grossesse. Dans leur étude, Patterson et al. (1986) rapportent certains signes (*indicators*) dont le plus fréquemment cité est l'arrêt des menstruations. D'autres signes tels que les nausées matinales, la sensibilité des seins, l'élévation de la température corporelle ou "avoir le pré-sentiment que..." sont aussi mentionnés dans les écrits.

L'interprétation donnée par la femme enceinte à ces signes associés à la grossesse peut amener une certaine confusion ou ambivalence par rapport au diagnostic de grossesse. Certains de ces signes peuvent être vagues ou similaires à d'autres problèmes de santé. Par exemple, une femme n'ayant aucune expérience avec tels ou tels signes peut ne pas se reconnaître enceinte. Inversement, la femme peut associer ses signes à ses expériences passées, c'est-à-dire, qu'elle peut faire référence à une ou des grossesses précédentes. L'interprétation des signes associés à la grossesse peut être influencée par un sentiment d'ambivalence à l'égard de ce nouvel événement. Cette ambivalence peut empêcher la femme enceinte de confirmer sa grossesse.

b) La confirmation de la grossesse

La confirmation de la grossesse est la deuxième sous-composante de la reconnaissance de la grossesse et se définit comme étant la recherche de renseignements permettant de réfuter ou de confirmer le diagnostic de la grossesse. Deux stratégies peuvent être entreprises pour arriver à cette fin: le poids de l'évidence et la consultation professionnelle ou le test de grossesse disponible en pharmacie.

Tableau 3. Cadre de référence inspiré de Patterson et al. (1986; 1990) et des écrits.



Le poids de l'évidence fait référence à la recherche de renseignements par rapport aux signes associés à la grossesse. La femme peut consulter son entourage pour comprendre ce qui lui arrive. Cet entourage peut servir à la femme de diverses façons. Il peut valider la présence ou l'absence des indicateurs de grossesse ou encourager la femme à passer un test de grossesse ou à voir un professionnel de la santé.

La consultation professionnelle ou le test de grossesse à faire chez-soi sont des stratégies utilisées pour être "plus certaine d'être enceinte". Patterson et al. (1986) notent que la majorité des femmes confirment leur grossesse à l'aide d'un test de grossesse même si elles sont presque convaincues d'être enceintes. Le test de grossesse permet de confirmer leur diagnostic. La consultation avec un professionnel de la santé pour confirmer la grossesse serait envisagée par les femmes qui ont expérimenté, dans le passé, des diagnostics erronés à l'aide de tests de grossesse.

En résumé, se reconnaître enceinte consiste à décoder le ou les messages de son corps. Cette perception est en fonction des habiletés cognitives qui sont conditionnées par les croyances, les valeurs, les connaissances ainsi que par les expériences personnelles antérieures relatives à ces signes associés à la grossesse. L'ambiguïté dans la reconnaissance de la grossesse peut être résolue par la validation des perceptions avec les autres. La reconnaissance de la grossesse est un processus bi-directionnel. Certaines femmes peuvent se reconnaître enceintes dans un très bref délai, soit avec peu de signes associés à la grossesse. D'autres femmes recherchent plus de signes ou consultent plusieurs personnes avant de confirmer le diagnostic de grossesse. Une fois que le diagnostic de grossesse est confirmé et que la décision de continuer la grossesse a été prise, l'attention se tourne vers le maintien de la santé de la mère et du futur bébé.

2.4.2 La recherche de soins prénataux

La recherche de soins prénataux est la deuxième composante du processus décisionnel selon Patterson, Freese et Goldenberg (1990). Ceux-ci ont mené une étude qui a permis de décrire ce que les auteurs appellent "les stratégies d'actions" en période prénatale pour une grossesse sans risque. Plus précisément, les auteurs parlent des ressources sociales et personnelles que la femme enceinte utilise pour s'assurer d'une grossesse sans risque. Ces actions permettent de décrire la démarche suivie par la femme

enceinte jusqu'au recours à un service de santé professionnel. Deux sous-composantes sont identifiées par les auteurs pour décrire ce processus, soit a) les attentes ou les éventualités (*contingency planning*) et b) les différentes actions possibles. À ce cadre de référence, la chercheuse a ajouté une autre sous-composante à la recherche des soins prénataux, soit c) certains facteurs influençant les différentes actions possibles.

a) les attentes ou les éventualités:

Tôt ou tard au cours de la grossesse, la majorité des femmes enceintes recherchent des soins prénataux pour maintenir leur santé ou celle de l'enfant à naître. Après s'être reconnue enceinte, la femme peut avoir des attentes face aux soins à recevoir. Les auteurs définissent implicitement ce que sont les attentes. Ils ont énuméré trois types d'attentes qui amènent la femme enceinte à rechercher des soins prénataux dès que la grossesse est confirmée, soit l'information, la "rassurance" ou la détection de problèmes de santé.

Patterson et al. (1990) notent aussi que plusieurs femmes décident, dès que la grossesse est confirmée, de ne recourir aux services de soins que sous deux conditions: a) pour accoucher ou b) si elles perçoivent un problème de santé potentiel. Les auteurs parlent alors des éventualités (*contingency planning*) et non d'attentes face aux soins prénataux.

En résumé, les attentes ou les éventualités sont l'interprétation par la femme de ses besoins pour s'assurer une grossesse sans risque, après la confirmation de la grossesse, et qui motivent la recherche de soins prénataux. À partir de cette interprétation, la femme enceinte décide quelles sont les personnes jugées les plus aptes à l'aider. Ce qui nous amène à la deuxième sous-composante dans la recherche des soins prénataux.

b) les différentes actions possibles:

Le fait de se reconnaître enceinte n'est pas un gage de recours à une consultation professionnelle dans les plus brefs délais. Pour une femme enceinte, la recherche du service de santé professionnel à consulter peut être très brève, comme un simple appel au service de santé le plus proche. Pour d'autres, cette démarche peut s'échelonner sur plusieurs jours, semaines ou plusieurs mois.

Par exemple, après avoir confirmé sa grossesse, la femme peut décider de consulter un non professionnel parce qu'elle juge que cette personne peut l'aider. Par la suite, elle peut consulter un membre de sa famille pour finalement, quelques semaines plus tard, recourir à un service de santé professionnel. La première consultation professionnelle au cours de la grossesse marque la fin de la démarche pour la présente étude.

Selon Patterson et al. (1990), les actions sont les ressources utilisées par la femme pour s'assurer une grossesse sans risque. Les auteurs ont identifié quatre actions possibles. Les actions sont:

I) La consultation de l'entourage

Consulter l'entourage est une façon, pour la femme enceinte, d'obtenir de l'information et des remèdes maisons, d'être rassurée, de détecter des problèmes de santé et d'offrir un traitement alternatif. Patterson et al. (1990) rapportent que certaines femmes consultent la famille pour que celle-ci trouve pour elles le service de soins prénataux à utiliser. Consulter, par exemple, le mari, la soeur, les amis, les collègues de travail ou toute autre personne de l'entourage a pour effet d'augmenter ou de diminuer la probabilité d'utilisation d'un service de soins prénataux.

II) L'auto-soin

Certaines femmes peuvent considérer avoir assez de connaissances personnelles pour répondre à leurs attentes de soins, soit par expérience (en comparant leur situation actuelle avec une grossesse antérieure), soit par la lecture ou l'auto-médication (remèdes maison ou en prenant des médicaments sans ordonnance).

III) La consultation avec des services de santé non professionnels

Patterson et al. (1990) caractérisent cette sous-composante par un mouvement de va-et-vient entre divers services de santé au cours de la période prénatale. Les auteurs appellent cette sous-composante « *transferring* » et font référence aux services de santé publics versus les services privés. Le système de santé canadien est un système universel où les soins de santé sont gratuits. À prime abord, on peut croire que cette sous-composante n'est pas importante pour la présente étude. Toutefois, les immigrantes sont

habituées à un enchevêtrement de systèmes et de sous-systèmes de soins médicaux (voir tableau 2, p.14). Il est possible que la femme enceinte ait utilisé des ressources de soins non professionnels avant de se présenter à un CLSC ou à un bureau médical privé. Les non professionnels de la santé réfèrent aux praticiens des médecines douces et traditionnelles tels que l'homéopathe par exemple.

IV) La consultation professionnelle

Il s'agit des services de santé professionnels qui font appel à des thérapeutes certifiés ou diplômés en vertu des pouvoirs conférés par la loi québécoise (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1997). Ce sont dans cette étude, les infirmières ou les médecins qui travaillent soit en cabinet privé soit en CLSC.

c) certaines caractéristiques qui facilitent les différentes actions possibles :

Certains éléments, soit l'accessibilité géographique et économique au regard du service de santé ainsi que la connaissance des services de santé, ont été ajoutés pour compléter le cadre de référence proposé.

L'accessibilité géographique et économique a un effet sur l'utilisation des services, puisqu'il s'agit d'avoir « accès à la source de soins », et ce même dans les grandes villes (Lia-Hoagberg et al., 1990; Schupholme et al., 1991; Burks, 1992; York et al., 1993). L'accessibilité géographique ou économique peut être vue comme un élément de résistance aux déplacements. Elle est en fonction de la distance à parcourir et du temps de transport. Les femmes immigrantes de l'Asie du Sud sont habituées à un climat plus chaud qu'au Québec. Bien que l'été, ces facteurs peuvent ne pas être une entrave au recours à un service de santé, lorsque ces femmes affrontent l'hiver québécois, il est possible que ces facteurs soient reconsidérés. De plus, plusieurs immigrantes vivent dans la pauvreté et chaque centime dépensé pour recourir à un service de santé (par exemple : le coût des transports, le gardiennage, etc..) peut alourdir le manque à gagner pour les fins de mois, ce qui peut amener comme conséquence de retarder la consultation professionnelle.

Finalement, la connaissance des services de santé semble aussi un facteur important à considérer pour mieux comprendre les actions entreprises par la femme enceinte

immigrante dans sa démarche de recherche de soins prénataux. Selon certains auteurs américains (Zambrana et al., 1991; York et al., 1993), le manque de connaissance des endroits où recevoir des soins prénataux est l'une des cinq premières raisons pour ne pas recevoir des soins prénataux chez les minorités ethniques dans un nouvel environnement.

Les femmes immigrantes originaires de l'Asie du Sud font face à un système de santé très différent de ce qu'elles connaissent eu égard aux soins prénataux. Il est plausible de croire que le recours à un service de soins approprié et adéquat pour des soins prénataux soit retardé parce qu'elles ne connaissent pas les services offerts. À l'inverse, il est aussi possible qu'elles soient introduites dans le système par le mari qui lui peut être arrivé au Québec depuis un certain temps. L'étude de ce facteur peut aussi nous permettre de mieux comprendre le recours aux ressources de santé par les femmes immigrantes.

En résumé, le processus décisionnel débute par la reconnaissance des signes associés à la grossesse puis la confirmation de celle-ci. La reconnaissance de la grossesse est influencée par le fruit d'un jugement porté sur la normalité et les causes possibles de l'état de santé de la femme. Par la suite, la femme enceinte recherche à un moment donné, des soins prénataux. La recherche de soins prénataux est la forme d'action jugée appropriée. Les valeurs et les croyances guident la ou les actions à entreprendre pour s'assurer d'une grossesse sans risque.

2.5 La synthèse des écrits

Les flux migratoires de la dernière décennie proviennent de plus en plus de pays en développement tels que le Pakistan, l'Inde, le Sri-Lanka, le Népal et le Bangladesh (l'Asie du Sud). Les femmes immigrantes, en l'occurrence les femmes en provenance de l'Asie du Sud, demeurent peu connues et peu étudiées (Sbaih, 1993; Choudhry, 1997; Dhari et al., 1997; Vissandjée et al., 1998). D'ailleurs, à la connaissance de la chercheuse, il n'existe aucune recherche sur le processus décisionnel d'utilisation des services de soins prénataux chez ce groupe de femmes en Amérique du Nord. Dans ce contexte, la présente étude est fort pertinente, puisqu'elle devrait permettre d'élargir notre compréhension du comportement de santé des femmes enceintes de l'Asie du Sud.

L'utilisation des services de santé est un processus qui tient compte de l'évolution dans le temps. Lorsque la grossesse est reconnue, l'identification des attentes face aux soins prénataux influencera la mesure dans laquelle la femme enceinte considèrera qu'il est souhaitable ou non de consulter, et quelle est la personne à consulter.

Le processus décisionnel d'utilisation initiale d'un service de soins prénataux débute par la reconnaissance de la grossesse. Premièrement, la femme identifie les signes de grossesse puis confirme le diagnostic de grossesse. Dans un deuxième temps, la femme enceinte identifie ou non ses attentes face aux soins prénataux et puis décide quand et où elle obtiendra ses soins. Il faut considérer les pensées et les actions, qui sont le reflet des valeurs et des croyances en matière de santé, dans la démarche entreprise par la femme et qui mènent à l'utilisation d'un service de santé professionnel.

Ce processus est facilité par ses croyances, ses attitudes, ses connaissances et ses expériences mais aussi par l'environnement social et par certains facteurs reliés aux services de soins tels que la distance à parcourir entre la résidence et les services, les coûts engendrés par les déplacements et la connaissance de services de santé. Cette étude devrait permettre d'acquérir des connaissances supplémentaires sur le comportement des femmes immigrantes enceintes.

CHAPITRE III

Méthode

Ce chapitre contient six sections. Les sujets traités dans chacune des sections sont la définition des principaux termes utilisés dans cette étude, le devis de recherche, la méthode de collecte des données, l'échantillon, le recrutement des participantes, la technique d'analyse des données, les limites et les considérations éthiques reliées à l'étude.

3.1 La définition des principaux termes

3.1.1 Femme immigrante:

Individu de sexe féminin né à l'extérieur du territoire canadien. La femme immigrante s'identifie comme étant originaire du Bangladesh ou du Sri-Lanka; elle est née dans l'un de ces deux pays. Elle vit au Canada depuis au plus trois ans.

3.1.2 Processus décisionnel d'utilisation des services de soins prénataux :

Pensées, sentiments et ressources utilisées pour définir, interpréter et évaluer un ensemble de composantes qui correspondent à une séquence ou à une démarche effectuée vers l'utilisation d'un service de santé professionnel. Les composantes considérées dans cette étude sont la reconnaissance de la grossesse et la recherche de soins prénataux.

3.1.3 Caractéristiques qui facilitent les différentes actions possibles :

Une caractéristique est un élément qui contribue à la prise de décision. Certains éléments sont particulièrement examinés, soit les caractéristiques reliées à l'environnement social, l'environnement géographique et économique et des caractéristiques personnelles.

L'environnement social se définit par l'ensemble des personnes que cotoie la femme enceinte. L'entourage sera divisé en cinq catégories de personnes: 1) la famille du mari: belle-mère, belle-soeur et autres, 2) sa famille à elle: mère, soeur et autres, 3) ses amies, 4) des personnes connues telles que les collègues de travail, voisins, les membres de groupes religieux ou autres et 5) son mari.

L'environnement géographique et économique se traduisent par :

- 1) environnement géographique : la distance à parcourir entre la résidence et les services (en minutes) : évaluation subjective de l'effort nécessaire pour se déplacer selon la femme immigrante enceinte.
- 2) environnement économique : les coûts engendrés par ces déplacements : réfère aux prix à payer pour la gardienne s'il y a lieu et le moyen de transport. La perception que cet élément entrave ou motive ou est sans conséquence sur la prise de décision.

Les caractéristiques personnelles sont les propriétés de la femme qui facilitent la reconnaissance de la grossesse et la recherche de soins prénataux. Les caractéristiques personnelles incluent :

- 1) la connaissance du service de soins utilisé : description par la femme enceinte immigrante de comment elle a connu le service de soins utilisé.
- 2) l'expérience de grossesse antérieure (s'il y a lieu) : description par la femme enceinte immigrante des services de soins prénataux utilisés dans le pays d'origine et des motifs des consultations pour s'assurer une grossesse sans risque.
- 3) les croyances et les valeurs : perceptions selon la femme immigrante enceinte de ce qui est important à faire pour s'assurer une grossesse sans risque ainsi que sa perception des risques associés à la grossesse.

3.2 Le devis de recherche

Cette étude de type exploratoire a été conduite au moyen d'entrevues semi-structurées avec des femmes immigrantes enceintes, originaires du Bangladesh et du Sri-Lanka. Le but de cette étude était de décrire et d'examiner le processus décisionnel d'utilisation initiale d'un service de soins prénataux par des immigrantes de l'Asie du Sud.

3.3 La méthode de collecte des données

Il n'existait pas d'instruments de mesure qui convenaient à la présente étude. Afin d'accumuler le plus d'informations possibles pour cerner les divers aspects reliés au processus décisionnel, l'entrevue semi-structurée a été utilisée; c'est un instrument de mesure approprié compte tenu du but de l'étude (Fortin, Taggart, Kérouac et Normand,

1988; Burns et Grove, 1993). La conception d'un guide-entrevue doit tenir compte de trois éléments, soit la structure, le contenu et la validité (Fortin et al., 1988).

3.3.1 La structure

Les questions ouvertes doivent permettre plus de latitude au sujet pour s'exprimer et s'expliquer sur un sujet donné et conséquemment, le sujet offre une réponse qui est la sienne et non celle suggérée (Fortin et al., 1988). Le caractère exploratoire de ce travail et notre souci de permettre à la répondante d'expliquer ses réponses préconisaient cette démarche. Celle-ci offre l'avantage d'un contact plus direct avec la réalité quand les réponses font appel aux valeurs, aux croyances et aux pratiques de soins des femmes enceintes. De plus, cette réalité diffère d'une personne à l'autre et ne prend un sens que dans un contexte donné.

Pour les femmes enceintes immigrantes, en provenance de l'Asie du Sud, le français ou l'anglais n'est pas la langue maternelle et bien qu'elles puissent parler l'une ou l'autre des langues officielles du Canada, il est fort possible qu'elles ne puissent pas s'exprimer par écrit. L'entrevue nous semblait le moyen le plus efficace pour recueillir l'information dont nous avons besoin. L'entrevue a été enregistrée après le consentement du sujet.

Les communautés de l'Asie du Sud adoptent majoritairement l'anglais comme langue seconde (MCCI, 1995; Statistiques Canada, 1996). Toutefois, il peut être difficile de s'exprimer clairement et en profondeur sur un sujet si on ne maîtrise pas la langue dans laquelle l'entrevue se déroule. Afin d'augmenter la qualité (en profondeur) du contenu des entrevues avec les sujets, une interprète a été utilisée lorsque nécessaire.

Le guide d'entrevue a été composé en français puis traduit en anglais de manière à pouvoir être utilisé dans l'une des deux langues officielles. Afin d'atténuer la perte de nuances dans le passage d'une langue à l'autre, le principe de la méthode inversée (*back-translation*) a été utilisé (Streiner et Normand, 1991). La méthode inversée se fait comme suit :

- 1) La traduction du guide d'entrevue du français à l'anglais a été réalisée par l'auteur de la présente recherche.

- 2) Par la suite, une experte en sciences infirmières bilingue a retraduit le guide d'entrevue de l'anglais au français.
- 3) Cette dernière version a été comparée à l'originale par deux collègues en sciences infirmières bilingues. Ces derniers vérifiaient si la traduction était conforme à l'esprit des questions originales.
- 4) Des modifications ont été apportées, au besoin, à la version anglaise après la comparaison des deux versions françaises. Cette quatrième étape n'a pas été nécessaire puisqu'aucune modification n'a été faite (voir annexe 1).

3.3.2 Le contenu

Une entrevue semi-structurée a l'avantage d'être flexible dans la manière de conduire l'entrevue. Bien qu'elle comporte un certain nombre de questions pré-déterminées, un nombre aléatoire de questions libres additionnelles, selon la situation, peut être utilisé (Fortin et al., 1988). Le guide-entrevue est composé de quatre parties s'inspirant du cadre de référence proposé. Les questions devaient être assez nombreuses pour cerner les pensées et les actions qui permettent de décrire les grandes composantes du processus décisionnel. Certaines questions plus spécifiques ont été ajoutées, selon la situation, afin de mieux cerner le processus de décision. Dans la très grande majorité des entrevues, toutes les questions ont été demandées.

Première partie : questions d'introduction.

La première partie était composée de quatre questions. La première question portait sur le nombre de semaines de gestation lors de l'entrevue. La deuxième question demandait s'il s'agissait d'une première grossesse. Deux questions ont été ajoutées pour les femmes pour qui il s'agissait d'une deuxième grossesse ou plus. Les deux questions étaient ouvertes et ont permis d'explorer leurs expériences de grossesse. Les femmes ont été invitées à discuter de leur grossesse(s) antérieure(s) et des personnes consultées au cours de la grossesse.

Deuxième partie : la reconnaissance de la grossesse.

La première question était d'ordre général : « Comment avez-vous su que vous étiez enceinte? » Par la suite, cinq autres questions ouvertes ont permis d'explorer davantage la reconnaissance de la grossesse au plan émotionnel, cognitif et social. Par exemple, les sujets étaient invités à discuter comment elles ont confirmé le diagnostic de la grossesse; comment elles percevaient leur grossesse et les risques associés à la grossesse; à qui elles en ont parlé. Deux questions plus spécifiques traitant de la notion de temps implicitement relié à l'étude du processus décisionnel ont été demandées: le temps écoulé entre les premiers signes de la grossesse et la confirmation de celle-ci ainsi que le nombre de semaines de grossesse lorsque la femme s'est reconnue enceinte.

Troisième partie : la recherche de soins prénataux

Une deuxième question générale traitait de la recherche de soins prénataux: « Comment êtes-vous arrivée à consulter un professionnel de la santé ? » Par la suite, des questions plus spécifiques permettaient d'explorer davantage quand la femme a décidé de recourir à un service de soins prénataux, qui elle a décidé de voir et pourquoi elle a décidé de recourir aux services de soins prénataux. Trois questions ont été formulées pour mieux cerner la recherche de soins prénataux. Les questions portaient sur la raison de la consultation professionnelle, si d'autres personnes ont été contactées pour la même raison et les besoins perçus par la femme enceinte pour s'assurer une grossesse sans risque. Deux autres questions en rapport avec la notion de temps ont aussi été formulées. Les questions ont permis de reconstituer les démarches entreprises par la femme enceinte entre la reconnaissance de la grossesse et l'utilisation d'un service de soins prénataux. De plus, les sujets étaient invités à discuter de la distance à parcourir entre la maison et le service utilisé, la connaissance antérieure de ce service, etc.

Quatrième partie : questions permettant de décrire la population à l'étude.

Les questions portaient sur la durée de résidence au Canada, l'âge, l'état civil, l'occupation, le revenu, le niveau de scolarité, la religion, le nombre d'enfants à charge, la raison qui a incité la femme à venir immigrer au Canada et la capacité à lire le français et l'anglais.

3.3.3 La validation

Le guide d'entrevue a été soumis à deux juges en fonction de leurs connaissances et de leurs habiletés respectives soit en recherche en santé des femmes en général et en soins infirmiers avec une expertise en santé maternelle. On demandait aux juges de se prononcer quant à l'atteinte de l'objectif des questions, à la clarté du langage utilisé dans les questions, à la pertinence des questions et à la façon d'ordonner les questions. Les commentaires et les suggestions des juges ont été intégrés à la version finale du guide d'entrevue (voir annexe 1).

Le guide-entrevue a été pré-testé auprès de deux femmes répondant aux critères d'inclusion et qui étaient respectivement originaires de l'Inde et du Sri-Lanka. Ces deux femmes vivaient au Canada (London, Ontario) depuis un peu plus de deux ans et il s'agissait d'une première grossesse pour les deux femmes interviewées. Elles avaient entre 25 et 30 ans et s'exprimaient assez bien en anglais. Ce pré-test a permis de se prononcer quant à la clarté du langage utilisé et à l'atteinte de l'objectif des questions.

3.4 L'échantillon

La taille de cet échantillon a été fixée à huit femmes compte tenu de la nature exploratoire de l'étude et de la méthode qualitative utilisée. Sept femmes originaires du Bangladesh et une femme originaire du Sri-Lanka ont formé l'échantillon. Nous nous sommes limités à ces populations pour deux raisons. Premièrement, le temps disponible pour la collecte des données et l'analyse de celle-ci dans le cadre d'une recherche de maîtrise sont restreints et ne donnent pas la possibilité d'interviewer plusieurs femmes de chacune des communautés de l'Asie du Sud. Bien que les femmes de l'Asie du Sud aient plusieurs caractéristiques en commun, chaque communauté a des valeurs et des schèmes de pensées qui lui sont propres. Cette diversité culturelle entraîne des difficultés dans l'interprétation des résultats quand l'échantillon est petit. Deuxièmement, les femmes en provenance du Bangladesh sont plus nombreuses dans la région où l'étude s'est déroulée. Il était plus facile de recruter un plus grand nombre de sujets originaires de ce pays.

Il s'agit d'un échantillon de convenance où les sujets devaient répondre aux critères d'inclusion suivants :

1. Être née au Bangladesh ou au Sri-Lanka.

2. Être âgée de 18 ans et plus à son arrivée au Canada.
3. Être enceinte d'un premier bébé à naître au Canada, que la femme soit primipare ou multipare.
4. Être immigrante au Canada depuis au plus trois ans
5. Avoir consulté un service de soins prénataux, au moins une fois, lors de l'entrevue.
6. Accepter de participer à l'étude.

3.5 Le recrutement des participantes

Cette recherche a été effectuée en collaboration avec le CLSC Côte-des-neiges et l'Organisme d'aide aux immigrant(es) et aux réfugié(es) (PROMIS). Ces deux organismes ont été choisis parce qu'ils accueillent une population importante de femmes nouvellement immigrées en provenance de l'Asie du Sud. Le projet a été présenté par écrit au CLSC afin d'obtenir l'autorisation de recruter des femmes pour cette étude. Les femmes ont été identifiées par des infirmières du Programme Enfance-Famille du CLSC Côte-des-neiges qui ont demandé à des femmes enceintes de participer à l'étude.

En ce qui concerne l'organisme PROMIS, une travailleuse sociale a offert son aide. On a demandé à la directrice de l'organisme l'autorisation de consulter des dossiers. La directrice de PROMIS, contactée par téléphone, a autorisé verbalement la travailleuse sociale à recueillir une liste de femmes originaires des pays de l'Asie du Sud (à partir des archives), de contacter elle-même les sujets qui rencontraient les critères d'inclusion et de demander aux femmes enceintes de participer à l'étude.

Par la suite, la chercheuse a contacté les femmes afin de confirmer leur participation à l'étude et d'expliquer le projet. Toutes les participantes à l'étude ont répondu aux critères d'inclusion de l'étude. Une date et un endroit ont été convenus entre les deux parties pour l'entrevue et une formule de consentement a été signée par la femme. Toutes les participantes ont été rencontrées à leur domicile. Elles ont toutes signé la formule de consentement et ont accepté que l'entrevue soit enregistrée.

Parmi les participantes, trois femmes ont été recrutées par le CLSC et trois femmes par l'intermédiaire de l'organisme PROMIS. Deux autres femmes ont été référées par deux des femmes interviewées. Ces femmes ont elles-mêmes contacté les personnes et ont sollicité leur participation à l'étude.

Une interprète, une femme originaire du Bangladesh, qui étudie le français à PROMIS, a participé à trois des entrevues. Cette femme sert fréquemment d'interprète à la communauté de l'Asie du Sud pour l'organisme PROMIS. Elle a refusé la rémunération pour ses services. Trois autres entrevues ont été faites en présence du mari qui refusait la présence d'une interprète, ainsi ce sont les maris qui ont servi d'interprète. La durée des entrevues a varié de 43 minutes à 75 minutes. La durée moyenne des entrevues est de 59 minutes.

3.6 La technique d'analyse des données

Les enregistrements en langue anglaise ont été transcrits par la chercheure en tachant de reprendre le plus fidèlement possible le langage et les hésitations de la femme interrogée. L'analyse du verbatim a été effectuée en s'inspirant des étapes suggérées par L'Écuyer (1990). Selon cet auteur, l'analyse du verbatim comporte cinq étapes soit : 1) la lecture préliminaire, 2) l'identification d'unités de sens, 3) la catégorisation des unités de sens, 4) le processus de vérification de la classification et 5) l'interprétation des résultats.

Premièrement, la lecture préliminaire consistait à lire et relire, à plusieurs reprises, le contenu du verbatim afin d'en dégager une vision d'ensemble de la situation. Par la suite, il s'agissait d'identifier des unités de sens, c'est-à-dire, des énoncés (mots, phrases, paragraphes ou thèmes) qui ont un sens complet en eux-mêmes, qui comportent une signification.

Dans un troisième temps, il fallait regrouper en catégories les unités de sens. Une matrice de catégorisation a été élaborée contenant les catégories découlant du cadre de référence proposé pour la présente recherche. Les catégories sont la reconnaissance de la grossesse et la recherche de soins prénataux. Pour chacune des participantes, les unités de sens ont été synthétisées en termes courts, identifiées par des lignes de texte correspondantes puis regroupées sous les différentes catégories. Une fois regroupées sous leur catégorie respective, les unités de sens ont été reclassées en sous-catégories.

Les sous-catégories de la reconnaissance de la grossesse réfèrent à la présence de signes associés à la grossesse et à la confirmation de la grossesse. Les sous-catégories se rapportant à la recherche de soins prénataux sont l'identification des attentes face aux soins prénataux ou les éventualités et les actions envisagées (la consultation avec

l'entourage, la consultation avec des non professionnels, l'auto-soin, la consultation professionnelle) ainsi que certains éléments qui facilitent ce processus (connaissance des services, la distance et les coûts engendrés par les déplacements).

La quatrième étape de l'analyse du verbatim est le processus de vérification de la classification. Pour juger de la pertinence de la classification des réponses, plusieurs auteurs (L'Écuyer, 1990; Huberman et Miles, 1991; Landry, 1992) conseillent de calculer le coefficient d'accord interjuge (entre deux codeurs indépendants) pour vérifier si les unités de sens correspondent aux catégories. La chercheure et la directrice de ce mémoire ont classé, sans communiquer entre elles, les unités de sens (voir annexe 2). Afin de juger de l'adéquation de ce processus, le coefficient d'accord interjuge a été calculé. La fiabilité de l'accord interjuge calculée à 96% , a été obtenue selon la formule suivante :

$$\text{fiabilité (\%)} = \frac{\text{nombre d'accords}}{\text{nombre total d'accords et de désaccords}}$$

Les unités de sens pour lesquelles la catégorisation ne correspondaient pas selon les juges ont été réexaminées et reclassées après discussion entre les deux parties.

Finalement, l'interprétation constituait la cinquième et dernière étape de l'analyse du verbatim. L'interprétation a permis de resituer la démarche suivie, selon les deux grandes composantes du cadre de référence, par la femme enceinte interviewée pour décider de recourir à un service de soins prénataux et d'identifier certains facteurs qui influencent ce processus. Des comparaisons entre les femmes ont été effectuées et visaient à mettre en évidence les similitudes et les différences observées dans le processus décisionnel. Les résultats de cette recherche ont été présentés sous la forme de tableaux et sous la forme narrative.

3.7 Les limites de l'étude et les considérations éthiques

3.7.1 Limites de l'étude

1. L'étude était rétrospective. Les données ont fait appel à la mémoire des personnes interrogées. Nous avons prévu que la majorité des sujets seraient référés par le CLSC et qu'il aurait été possible de les rencontrer dans la semaine ou dans les semaines suivant leur visite au CLSC. Comme les sujets venaient de trois sources différentes,

nous avons mis plus de temps que prévu pour trouver les sujets. L'entrevue a eu lieu plusieurs semaines après la première consultation médicale. Il est probable que, dans ce laps de temps, certains éléments ont été oubliés ou que la perception des choses aient été modifiée.

2. L'échantillon est de petite taille et ne permet pas la généralisation des résultats à aucun groupe de femmes immigrantes enceintes incluant les femmes du Bangladesh et du Sri-Lanka. La petite taille de l'échantillon est la caractéristique des études qualitatives, et ne peut être considérée une limite. Selon Rousseau et Saillant (1996), il faut plutôt se demander dans quelle mesure les sujets choisis sont susceptibles de fournir des données valides et complètes que de se demander s'ils sont représentatifs de la population d'où il proviennent.

Une question s'est posée à savoir faut-il accepter des sujets de divers pays de l'Asie du Sud tels que le Pakistan et le Népal. Comme les cultures sont différentes d'un pays à l'autre, nous avons crû préférable d'accepter des sujets de deux pays mais avec des expériences de grossesses différentes.

3.7.2 Considérations éthiques

Les femmes recrutées étaient libres de participer à la recherche. Les sujets avaient au préalable pris connaissance de la formule de consentement et l'avaient signée lors de la rencontre avec l'investigatrice. Les sujets ont été informés de la nature et de la portée de notre recherche. De plus, elles étaient avisées que les renseignements obtenus seraient gardés confidentiels. Toutes les participantes à l'étude pouvaient arrêter l'entrevue en tout temps. L'enregistrement de l'entrevue n'était pas obligatoire. Les enregistrements ont été détruits immédiatement après la transcription du verbatim. Un certificat d'éthique a été obtenu du Comité d'éthique du centre de recherche du CLSC Côte-des-neiges.

CHAPITRE IV

Les résultats

Ce chapitre présente les résultats de l'étude et est divisé en deux parties : 1) Le portrait des participantes; 2) Les résultats de l'analyse des données.

4.1 Le portrait des participantes

Afin de préserver l'anonymat des participantes à cette étude, une lettre a été substituée pour chacune d'entre elles (Mme A, Mme B, Mme C, etc.). Au total, huit femmes ont été interviewées. Sept de ces femmes sont originaires du Bangladesh et l'autre femme est originaire du Sri-Lanka. La description est constituée des données socio-démographiques recueillies lors des entrevues. Le tableau 4. de la page suivante résume la description des participantes.

Les participantes à cette étude avaient entre 23 et 38 ans. Plus spécifiquement, quatre d'entre elles avaient entre vingt-cinq et trente ans. Une femme était âgée de plus de trente-six ans et trois femmes de moins de vingt-quatre ans, la moyenne d'âge étant de 28.5 ans.

Les participantes ont été interviewées autour du septième mois de la grossesse. Elles avaient en moyenne 30 semaines de gestation. Trois des participantes avaient entre 21 et 30 semaines de gestation et quatre autres participantes avaient entre 31 et 40 semaines de gestation lors des entrevues. Une des gestantes en était à 20 semaines de grossesse.

Six des huit participantes étaient multipares. Cependant, il s'agissait d'une première grossesse au Canada lors des entrevues. Cinq des femmes interviewées ont des enfants dont l'âge varie entre 2 ans et 17 ans. Pour deux femmes, il s'agit d'une deuxième grossesse. Trois autres femmes en sont à leur troisième grossesse. Finalement, une des participantes en est à sa septième grossesse. Deux des six multipares rapportent avoir subi un avortement spontané lors de la première grossesse. Toujours parmi ce groupe de multipares, deux femmes rapportent avoir perdu un enfant en très bas âge (moins d'un an) suite à une infection ou une déshydratation.

Le temps de résidence au Canada lors des entrevues variait entre 8 mois et 35 mois. Ces femmes sont venues au Canada directement de leur pays. Elles demeurent au Canada en moyenne depuis 20 mois, soit un peu moins de deux ans et vivent de revenus modestes. Le logement ne compte souvent qu'une chambre à coucher.

Tableau 4. Description des participantes

	Mme A	Mme B	Mme C	Mme D	Mme E	Mme F	Mme G	Mme H
Age								
20-24 ans						X	X	
25-30 ans		X	X		X			X
31-35 ans				X				
36-40 ans	X							
Semaines de gestation lors de l'entrevue								
1-10 semaines								
11 à 20 semaines			X					
21 à 30 semaines	X	X						X
31 à 40 semaines				X	X	X	X	
Nombre de grossesses								
1							X	X
2		X	X	X	X	X		
3 ou plus	X							
Temps de résidence au Canada								
12 mois et moins	X				X			X
Entre 13 et 23 mois			X			X		
Entre 24 et 36 mois		X		X			X	
Revenu								
10 000\$ et moins					X			X
Entre 10 001 et 20 000\$	X	X	X					
Ne sais pas				X		X	X	
Scolarité								
12 ans et moins	X	X		X		X	X	X
13 ans et plus			X		X			
Diplômée			X					
Occupation								
Sans travail- à la maison	X	X	X		X	X	X	X
A un travail				X				
État civil et statut au Canada								
Mariées	X	X	X	X	X	X	X	X
Parrainée	X					X	X	X
Réfugiée		X	X	X	X			
Religion								
Musulmane	X	X	X	X	X	X	X	
Hindou								X
Langue : s'exprime en anglais			X		X			

Cinq de ces femmes vivent de l'aide sociale avec un revenu familial inférieur à 20 000\$. Trois femmes ignoraient le revenu annuel familial. Elles ont rapporté que le mari est celui qui s'occupe du budget familial et qu'elles ne se sentent pas concernées. Une de ces trois femmes a un emploi dans une usine de vêtements. Sept des huit femmes interviewées sont sans travail. Une femme a rapporté chercher du travail. Six participantes ne recherchent aucun emploi et elles n'ont jamais travaillé. Les données concernant le revenu familial sont approximatives.

Elles ont en moyenne 10 ans (5 à 14 ans) de scolarité. Une seule de ces femmes détient un diplôme et il s'agit d'un diplôme d'études générales de niveau collégial (arts et sciences). Six femmes disent ne pas avoir complété le secondaire. Toutes ces femmes sont mariées depuis un certain temps (2 à 19 ans). Quatre femmes ont entre 8 et 10 ans de mariage. Trois femmes sont mariées depuis plus de 11 ans. Une de ces femmes est mariée depuis moins de deux ans. La famille a arrangé le mariage de toutes ces femmes. Elles sont toutes musulmanes sauf une qui est hindoue. Une d'entre elles est mariée à un homme d'une autre religion. Quatre de ces femmes sont venues au Canada rejoindre un mari qu'elles connaissaient à peine ou pas du tout. Ces quatre femmes sont parrainées par leur mari qui vit au Canada depuis plus de cinq ans. Quatre autres femmes sont arrivées au Canada avec leurs conjoints et leurs enfants et elles se disent réfugiées politiques. Deux de ces femmes rapportent avoir de sérieux problèmes avec l'immigration.

Finalement, autre que la langue maternelle, la majorité des participantes disent comprendre le hindi ou l'arabe écrit et oral. Lors des entrevues, seules deux femmes ont été capables de s'exprimer en anglais sans l'aide de quelqu'un et disaient savoir lire l'anglais. Elles parlaient anglais avant de venir au Canada. Aucune des femmes interviewées se disaient capable de lire ou de s'exprimer en français.

4.2 Les résultats de l'analyse des données

Les réponses des huit participantes au cours de cette étude ont été classées selon la question de recherche : la démarche suivie par les femmes pour recourir à un service de soins prénataux. Nous présentons ici le résultat de ce classement. Plusieurs tableaux sont présentés afin de faciliter la compréhension du processus décisionnel. Il est important de souligner que la grande majorité des citations qui sont présentées sont écrites à la

troisième personne du singulier parce qu'elles ont été traduites par le mari ou par l'interprète.

4.2.1 Le processus décisionnel

Le processus est constitué, selon le cadre de référence, par deux composantes, soit la reconnaissance de la grossesse et la recherche de soins prénataux. Le tableau 5.(p.48) résume la démarche des femmes interviewées en ce qui concerne la reconnaissance de la grossesse. Le tableau 6. (p.52), résume la démarche en ce qui concerne la recherche de soins prénataux. Finalement, une représentation visuelle de tout le processus est illustrée à la fin de ce chapitre.

4.2.1.1 La reconnaissance de la grossesse

Quatre des huit femmes interviewées avaient planifié leur grossesse. Trois femmes ont dit :

« My daugther is 8 now... time for another baby... » (Mme C)

« We don't have too much kids like four or five ... We said ok let see what happen this time... My husband stopped using condom... this is a good time for another ». (Mme E)

« ... her husband and her wanted a baby... » (Mme F)

En ce qui concerne la quatrième femme (Mme D), elle est la seule qui avait consulté un médecin avant d'être enceinte. Elle voulait prévenir certains problèmes de santé et offrir les meilleures chances possibles pour son enfant à naître. Les grossesses précédentes ont été difficiles; elle refuse d'en parler davantage. Elle dit :

« This is a planned pregnancy... Before conception we talked to doctor...after (3 mois) we concept the baby » «We want a baby but I have a problem vomiting. I have experience before (expériences de grossesse difficiles)... »

Pour les quatre autres femmes, la grossesse n'était pas bienvenue au début mais par la suite, elles acceptaient le fait d'être enceinte et semblaient assez heureuses de cet événement:

« The pregnancy was an accident. Before, you know, she feel like, uh... guilty. Now, she feels ok, not guilty.. » (Mme B)

« ...she didn't want to be pregnant but they take a chance 50-50, if something happens it's ok. » (Mme G)

« I used condom... one time is broken... second time is broken again... my wife feel happy, me happy (après confirmation de la grossesse). » (Mme H)

« She's (wife) happy pregnancy (après la confirmation de la grossesse) » (Mme A)

a) La présence de signes associés à la grossesse :

L'arrêt des menstruations fut le premier signe de la grossesse. Presque toutes les participantes se sont dites régulières dans leurs menstruations. Certaines précisent avoir pensé être enceintes très rapidement :

« ...time was one week uh... date over... » (Mme D)

« I was missing one period... one month and five days... » (Mme E)

« Every month she has her periods... date was over (arrêt d'une première menstruation)... she was suspecting a pregnancy... » (Mme F)

« she missed one period ... » (Mme G)

« Every month my wife periods is coming... I think maybe she's late, maybe baby is coming... » (Mme H)

Cependant pour d'autres femmes, l'arrêt d'une menstruation n'était pas suffisant pour se reconnaître enceinte :

« Sometimes, one period, no passing blood, it's ok, no problem... I don't think about pregnancy. » (Mme A)

« ... sometime woman miss the periods... I think maybe (être enceinte)... I waited... (après l'arrêt d'une menstruation)... » (Mme C)

L'arrêt d'une menstruation a créé une certaine incertitude face à la reconnaissance de la grossesse pour plusieurs de ces femmes et ce, peu importe si elles avaient ou non planifié la grossesse. Face à cette incertitude, certaines femmes ont attendu d'autres signes associés à la grossesse ou ont consulté l'entourage afin de les aider à valider la présence ou l'absence des signes associés à la grossesse.

Tableau 5: La démarche lors de la reconnaissance de la grossesse

	Signe(s)	Confirmation :		Grossesse confirmée (nombre de semaines)
		Évidence :	Test de grossesse ou consultation professionnelle	
Mme A	retard menstruations	vomissements retard menstruations (2e mois)	non	10 semaines**
Mme B	retard menstruations nausées, vomissements*	_____	non	2 semaines
Mme C	retard menstruations	nausées, vomissements	test de grossesse acheté en pharmacie	8 semaines
Mme D	retard menstruations	vomissements*	consultation professionnelle	3 semaines**
Mme E	retard menstruations nausées *	_____	consultation professionnelle	8 semaines**
Mme F	retard menstruations	consulte mari nausées*	test de grossesse acheté en pharmacie	10 semaines**
Mme G***	retard menstruations	consulte mari et amie	test de grossesse acheté en pharmacie	10 semaines
Mme H***	retard menstruations et nausées	consulte cousin	test de grossesse acheté en pharmacie	2 semaines

Légende : * A fait référence à un ou des signes de la grossesse qu'elle a expérimentés lors d'une grossesse précédente pour confirmer sa grossesse actuelle.
 ** La participante rapporte avoir planifié sa grossesse.
 *** Primipare.

b) La confirmation de la grossesse :

Trois femmes ont préféré attendre la présence d'autres signes tels que l'arrêt d'une deuxième menstruation mais principalement l'apparition des nausées et vomissements avant de se reconnaître enceintes :

« ... Two periods passed... Two weeks after started vomit (2 mois et demi après arrêt des menstruations) she talked to me (husband) she said maybe I'm pregnant ». (Mme A)

« ... My periods stopped two months... my head feel dizzy... sometime vomiting... I think I'm pregnant » (Mme C)

« Her date was over for two months, she was suspecting a pregnancy but one or two weeks later she started to feel nauseous. At that time she was pretty sure of being pregnant... » (Mme F)

« She missed one period then she waited another month to make sure... »(Mme G)

Plusieurs rapportent qu'elles se reconnaissaient enceintes en se référant à des signes associés à une expérience de grossesse antérieure. En fait, quatre de six femmes ayant déjà eu une grossesse rapportent ceci :

« I vomit uh... like one week before the second test (pregnancy test)... I know at that time I'm pregnant... I have experience. » (Mme D)

« She was vomiting before when she was pregnant... we had experience because before (previous pregnancy) she had same problem... We thought she was pregnant again » (Mme B)

« Same thing from the first pregnancy... I was missing one period... One and half month (after missing her period) I started to feel sick, morning sickness... » (Mme E)

« Every month she has her periods... date over (un mois) she was suspecting a pregnancy... waited another month and 15 days..felt nauseous... had experience like that also before. At that time she was pretty sure of being pregnant » (Mme F)

La plupart des femmes interviewées (Mme A, Mme B, Mme C, Mme D et Mme E) se sont reconnues enceintes par elles-mêmes et n'ont consulté ni le mari ni l'entourage pour confirmer la grossesse. Elles avaient toutefois informé leurs maris de la possibilité d'être enceintes. Trois femmes ont consulté leur entourage afin de valider la présence ou l'absence des signes de la grossesse. Mme F a cherché à confirmer sa grossesse en consultant son mari dès le premier mois de retard dans ses menstruations. Son mari lui conseilla de faire un test de grossesse mais Mme F a décidé d'attendre avant de faire le test afin « d'être certaine ».

« She talked with her husband after the first month (one period missing) then she waited one and half month... to make sure. »

Mme G a consulté son mari et une amie parce qu'elle avait peur d'être enceinte disait-elle. Son mari lui avait conseillé d'attendre un autre mois avant de faire un test de grossesse afin « d'être certaine ». Toujours hésitante, Mme G a aussi consulté une amie

qui lui donna le même conseil. Mme G a suivi ce conseil et a attendu un deuxième mois avant de confirmer sa grossesse.

« she talked to her husband after she missed one period and he said to wait another month and see at that time... »

« she also talked to her friend because she was very afraid of being pregnant. her friend also told her that is better if she wait another month to be sure... »

Finalement, Mme H a consulté, par l'intermédiaire de son mari, le cousin de celui-ci. Le cousin recommandait de faire un test de grossesse. Le lendemain, Mme H confirmait sa grossesse.

« I think maybe she's late, maybe baby coming. Uh,...I call my cousin (de Montréal)...I called because sometimes my wife vomit. ...The guy (cousin) said ok maybe you take urine you know on the morning... »

Quatre des huit femmes ont fait un test de grossesse acheté à la pharmacie afin d'être objectivement certaines d'être enceintes (Mme C, Mme F, Mme G, Mme H). Deux femmes ont confirmé leur grossesse sans aucun test de grossesse ni consultation professionnelle (Mme A, Mme B). Deux autres femmes ont confirmé la grossesse par une consultation professionnelle :

« I went to the doctor...I think I was pregnant, I want to make sure... » (Mme E)

« I go to doctor for normal check-up (pré-conception) ...the doctor say give me pipi...then he said I'm pregnant. » (Mme D)

Enfin, les femmes interviewées se sont reconnues enceintes entre deux à dix semaines après l'arrêt de la dernière menstruation. Les femmes ayant planifié la grossesse ont confirmé la grossesse à 8 semaines (moyenne) après la dernière menstruation comparativement à 6 semaines (moyenne) pour les femmes n'ayant pas planifié la grossesse.

En résumé, plusieurs similitudes et différences ont été décrites à travers les récits et ont permis d'identifier différents types de démarche suivie par la femme enceinte lors de la reconnaissance de la grossesse. Les résultats démontrent que les primipares sont celles qui consultaient l'entourage pour confirmer ou refuter le diagnostic de grossesse. Les multipares font plutôt référence aux expériences de grossesses antérieures pour confirmer la diagnostic de grossesse.

4.2.1.2 La recherche de soins prénataux

Le tableau 6. de la page suivante résume le cheminement complet de la démarche de soins jusqu'au jour de l'entrevue avec la chercheuse. L'analyse de la démarche de recherche de soins indique les actions entreprises par la femme enceinte jusqu'à l'utilisation initiale d'un service de soins professionnels.

a) Attentes ou éventualités :

Les attentes et les éventualités servent de point de départ dans la recherche de soins prénataux. Par la suite, la femme enceinte peut entreprendre certaines actions. En ce qui concerne les attentes, quatre femmes ont recherché des soins prénataux de façon préventive. Elles ont recherché des soins prénataux dans le but de détecter des problèmes de santé ou d'être rassurées dans le déroulement de la grossesse. Voici comment elles s'expriment :

« I have a problem vomiting (grossesses précédentes)...I have experience before (grossesse et accouchements difficiles)... (Mme D)

« I decided to see a doctor for the pregnancy...I need check-up... » (Mme E)

« She had experience before. She was afraid of abortion and she wants a baby in good health. » (Mme F)

« make sure pregnancy ok because she vomiting (nausées matinales)... » (Mme H)

Par ailleurs, quatre autres femmes ont recherché des soins prénataux parce qu'elles percevaient un problème de santé potentiel. Les nausées et les vomissements persistants ont entraîné un inconfort ou une incapacité à fonctionner normalement et c'est ce qui a amorcé la démarche de recours à un service de soins prénataux. Voici ce qu'elles disent :

« Two or three days... she was not eating. Too much vomiting... » (Mme B)

« I said to my husband I'm sick. No eat food or drink... » (Mme C)

« ...she was feeling dizzy and throwing out all the time... » (Mme G)

« vomiting... » (Mme A)

Tableau 6. La démarche lors de la recherche de soins prénataux.

	Attente ou éventualité	Action(s)	Utilisation initiale service professionnel à ___ semaines.
Mme A	éventualité: vomissements	1) auto-médication 2) urgence (utilisation initiale d'un service de soins professionnels) 3) consulte son médecin de famille 4) CLSC (référée par MD) 5) obstétricien (référé par son MD)	10 semaines
Mme B	éventualité: vomissements	1) urgence (utilisation initiale d'un service de soins professionnels) 2) bureau privé (référée par urgence) 3) bureau privé (change MD sur les recommandations d'une amie) 4) CLSC (infirmière: référée par MD)	2 semaines
Mme C	éventualité: se sent malade	1) bureau privé (utilisation initiale d'un service de soins professionnels) 2) CLSC (infirmière: référée par amie)	8 semaines et 5 jours
Mme D	attente: soins préventifs	1) bureau privé (utilisation initiale d'un service de soins professionnels)	12 semaines avant conception
Mme E	attente: soins préventifs	1) CLSC (utilisation initiale d'un service de soins professionnels)	8 semaines
Mme F	attente: soins préventifs	1) consulte entourage (cousine: agent de référence) 2) bureau privé (utilisation initiale d'un service de soins professionnels) 3) consultation entourage (amie: agent de référence) 4) Dispensaire diététique de Montréal	12 semaines
Mme G	éventualité: vomissements	1) urgence (utilisation initiale d'un service de soins professionnels) 2) bureau privé (référée par urgence)	12 semaines
Mme H	attente: soins préventifs	1) consultation entourage: (cousin: agent de référence) 2) bureau privé (utilisation initiale d'un service de soins professionnels) 3) consultation entourage (cousin: agent de référence) 4) CLSC	6 semaines

b) Les actions :

Les actions entreprises par la femme enceinte pour recourir à un service de soins prénataux se regroupent à partir des attentes ou des éventualités. En ce qui concerne les attentes, les actions qui en découlent sont la consultation de l'entourage et la consultation professionnelle principalement le bureau privé d'un médecin. Plus spécifiquement, une seule femme a eu recours directement au CLSC :

« So when I decided to see a doctor for the pregnancy, I called the reception (CLSC)... » (Mme E)

Une autre femme a eu recours au bureau privé d'un médecin qu'elle rencontrait déjà en consultation préconceptionnelle (Mme D). Deux autres femmes ont, dans un premier temps, consulté l'entourage et se sont dirigées par la suite vers les services de soins professionnels :

« She has been referred by a cousin... she didn't know a doctor for pregnant woman... She asked her cousin (1 ou 2 jours après avoir fait un test de grossesse)... the day after I called doctor's office and reception fixed an appointment for me... » (Mme F)

« ...few days after the test you know (test de grossesse)... I called my cousin. He said ok....see the doctor...I called doctor...six weeks after period not coming (6 semaines après l'arrêt de la dernière menstruation) » (Mme H)

En ce qui a trait aux éventualités, quatre participantes ont dit rechercher des soins prénataux à cause de vomissements persistants. Devant cette éventualité, les actions entreprises par la femme enceinte ont été l'auto-soin et la consultation professionnelle. Plus précisément, une femme a essayé de se traiter elle-même (auto-médication) puis ensuite elle s'est dirigée vers les urgences :

« I (mari) going to Wal-Mart and buy medecine for vomit...Medecine not good enough. Vomit again , not eating...she asked me (mari) to go Emergency hospital. I bring her to Emergency hospital. » (Mme A)

Deux femmes ont opté directement pour les urgences :

« She was not eating...in evening, my wife and me went to Emergency hospital...and they said she was pregnant one or two weeks... » (Mme B)

« Her husband bring her to the hospital... » (Mme G)

Finalement, une femme a eu recours à un bureau privé d'un médecin :

« *I said to my husband I'm sick (2-3 jours après avoir fait un test de grossesse)...He said ok we go to see Dr.X ...Dr.X said you are pregnant...two months and five days of pregnancy.* » (Mme C)

Enfin, la démarche suivie par la femme enceinte pour recourir à un service de soins prénataux a été relativement brève. Quelques jours à deux semaines maximum après la confirmation de la grossesse. Toutes les femmes ayant participé à cette étude ont consulté un médecin dès le premier trimestre de la grossesse. Deux femmes ont consulté, pour une première fois, un professionnel de la santé à trois mois (douze semaines) de gestation. Les autres femmes ont utilisé initialement un service de soins prénataux dans les deux premiers mois de la grossesse.

c) Caractéristiques qui facilitent les actions :

Nous nous étions penchés sur des propriétés de l'environnement géographique et économique ainsi qu'à la connaissance des services de santé. Sur le plan de l'environnement géographique et économique (voir tableau 7), toutes les femmes interviewées rapportent demeurer à plus ou moins 10 minutes de leur médecin. Elles demeurent toutes dans le secteur de Côte-des-neiges. Elles sont donc à proximité du CLSC, de deux grands hôpitaux et de plusieurs bureaux privés de médecins.

Tableau 7. Caractéristiques de l'environnement géographique et économique

	Géographique		Économique		
	Distance	Problème	Transports	Problème	Gardiennage ou autre problème
Mme A	10 minutes	non	autobus et marche	non	non
Mme B	10 minutes	non	autobus, marche et taxi	non	non
Mme C	7 minutes	non	autobus et taxi	non	non
Mme D	10 minutes	non	marche et taxi	non	non
Mme E	30 minutes	non	autobus	non	non
Mme F	10 minutes	non	autobus	non	ne s'applique pas
Mme G	10 minutes	non	automobile	non	ne s'applique pas
Mme H	10 minutes	non	marche et taxi	non	ne s'applique pas

Elles utilisent les transports en commun, elles marchent ou parfois, selon la température, elles favorisent le taxi. Aucune des femmes interviewées n'a rapporté de problèmes de gardiennage ou de manque d'argent pour le transport afin d'accéder à un service de soins prénataux. Bref, l'environnement géographique et économique ne sont pas des éléments importants pour la femme enceinte interviewée, au cours de cette étude, dans sa décision de recourir ou non à un service de soins prénataux au Québec.

La connaissance des services de santé était un autre élément qui avaient été retenu dans cette étude. Seulement deux femmes rapportent avoir un médecin de famille (Mme A, Mme G). Ce médecin de famille est le médecin que le mari avait déjà consulté avant que la femme arrive au Canada. Il semble que le fait d'avoir un médecin de famille ne garantit pas le recours à celui-ci lors d'une grossesse. Par exemple, Mme G rapporte :

« She knew she had to see a doctor because she needs a doctor for delivery and she was thinking to call the hospital to help her to find a doctor for pregnant woman... She doesn't ask her family doctor about another doctor for her pregnancy... She didn't like him very much... The nurse (aux urgences de l'hôpital) gave two men doctor's name. She chose one of them (pour un suivi prénatal)... »

Deux femmes ont eu recours à un médecin obstétricien qu'elles ont connu par l'intermédiaire d'une femme qu'elles ont accompagnée chez ce médecin. Elles disent :

« Go with her (une femme originaire du Bangladesh), I translated for her. I know that doctor and now I go to that doctor. » (Mme C)

« She used to go with a lady from Bangladesh to the doctor... She is my friend... She doesn't know other doctor for pregnancy. » (Mme D)

Deux femmes ont consulté un membre de la famille pour connaître les services:

« She didn't know a doctor here for pregnant woman. She asked her cousin. She trust her... » (Mme F)

« ... My cousin know a good doctor. I called him to know... » (Mme H)

Finalement, une seule femme connaissait le CLSC parce qu'elle a eu recours à ce service auparavant. Elle dit :

« When we first came in Canada, we were sick (grippe)... a lady (YMCA) advised us and she gave a call to the CLSC then she said you can consult a doctor over there, find a doctor. » (Mme E)

Lors des entrevues, plusieurs participantes ont parlé de leur démarche de soins depuis le début de la grossesse jusqu'au jour de l'entrevue. Ces données supplémentaires, bien qu'elles n'ont pas été approfondies, donnent un éclairage supplémentaire sur la connaissance des services de santé par les femmes immigrantes enceintes particulièrement les services de soins prénataux offerts par les infirmières du CLSC.

En effet, il est intéressant de noter que les infirmières ou les services communautaires sont consultés seulement sur référence et parfois, plusieurs semaines après l'utilisation initiale d'un service de soins prénataux. Les femmes interviewées (sauf une) disaient ne pas connaître le CLSC de leur quartier avant d'y être référées. Bien que Mme E ait consulté un médecin du CLSC auparavant, elle disait ne pas être au courant des services offerts par les infirmières.

L'entourage et le médecin en bureau privé ont référé la femme enceinte vers les services offerts par les infirmières du CLSC. Voici ce qu'elles disent :

« Emergency doctor tells me to see my doctor (connu du mari)...I (mari) call Dr. ABC, my family doctor and tell him she's not eating and I have no money...My doctor told me about CLSC... » (Mme A)

« We went to see a doctor in Emergency. They give us one doctor. We saw that doctor one time...a friend from Bangladesh. Said that her doctor is very good...she's a lady doctor...That doctor sent us there (CLSC)... » (Mme B)

« I know that nurse (infirmière du CLSC) because Bangladesh woman see the nurse. She tell her I'm pregnant. Now (l'infirmière) come to my house too and checks what I eat. » (Mme C)

« ...my friend give me phone number (Dispensaire Diététique de Montréal) and I go...Her friend said if she go there, they will give her good advices and they also will give her food. » (Mme F)

« Not enough money for food. I called my cousin and the guy (cousin) said ok call CLSC... » (Mme H)

Dans le but de comprendre les réactions des femmes face à leur présente grossesse, nous avons crû bon de leur demander certains renseignements sur leurs grossesses antérieures et sur leurs perceptions des risques associés à la grossesse ainsi que sur ce qui était important pour s'assurer un grossesse sans risque. Comme six femmes ont eu des

grossesses avant leur arrivée au Canada, ces données prennent une certaine importance car ces expériences et ces croyances semblent influencer les comportements lors de la présente grossesse.

Toutes les femmes ayant eu une grossesse dans le pays d'origine, sauf deux, ont principalement eu un suivi de grossesse avec une sage-femme traditionnelle ou les femmes de la famille :

« All delivery at home in Bangladesh... .. » (Mme A)

« We are together my family. My mother knows everything in pregnancy. She take care of my wife. She helped her with delivery...They (women) have experience...Everybody in the house help. » (Mme B)

« ...she was three weeks over (retard des menstruations)...she went to see her friend who was pregnant and there she met a woman (sage-femme traditionnelle)...That woman is like her family doctor... » (Mme D)

La famille est importante dans les soins prénataux dans le pays d'origine. La structure sociale au Canada étant différente de ce qu'elle était dans le pays d'origine, l'implication du mari eu regard aux soins prénataux au Canada semble devenir un élément important. Pour Mme C, cela lui a permis de se rapprocher de son mari. Elle dit :

« I feel close to my husband. He helps me... »

Pour le mari de Mme B, qui est sans travail et vit de l'aide sociale, cette limite sociale cause un certain désarroi. Il dit :

« It's hard, no family here in Canada. I have to help her sometime... »

Dans le pays d'origine, le recours à un service de santé professionnel en période prénatale avait lieu lorsque la femme enceinte percevait ou qu'un membre de la famille percevait un problème de santé potentiel au cours de la grossesse ou pour l'accouchement. Lorsque le problème était réglé, aucun autre suivi médical n'avait été fait :

« Doctor comes because of vomit no stop... one or two times. No education doctor. It's country doctor. » (Mme A)

« Last pregnancy, she went two times to hospital. First time, about one month of pregnancy (vomiting)... 29 or 30 weeks of pregnancy, she was in hospital again for

bleeding (vaginal bleeding). My mother said she can lose the baby. I bring her to hospital. » (Mme B)

« A woman for delivery and my mom say baby not in good position, need help. When time for delivery, I go in clinic. » (Mme C)

« I going to doctor(hospital)...for tetanus injection....because before six months, doctor don't give tetanus injection. » (Mme D)

Il semble que le fait de payer pour recevoir des services de santé ait été un élément important dans le recours ou le non recours aux services de soins professionnels pour un suivi prénatal dans le pays d'origine :

« last moment when delivery come and call woman,,,didn't take money or anything...she knows everything about delivery. » (Mme A)

« If you go to the private clinic...It's expensive but it's good. My family always go to private doctor, it's better. » (Mme E)

Finalement, certaines des participantes concluent en exprimant des commentaires plutôt positifs eu regard au système de santé canadien, en l'occurrence le système de santé québécois comparativement aux services dans leur pays d'origine :

« ...Here (Canada) many check-up for free. It (Canada) better. » (Mme A)

« ...My country is different. My family takes care. This country (Canada) is better... » (Mme E)

En ce qui concerne les risques associés à la grossesse, quatre femmes mentionnent l'avortement comme un risque potentiel lors de la grossesse et donnent différentes explications: la tension artérielle, la tristesse, le diabète , ne pas bien manger , la fatigue, la position debout prolongée et les activités sexuelles au cours du 1er trimestre de la grossesse. Deux femmes considèrent que les nausées et les vomissements sont un risque pour le déroulement de la grossesse qui s'expliquerait, entre autre, par une grande inquiétude (voir tableau 8 de la page suivante pour plus de détails).

Enfin, lorsque l'on a demandé aux participantes ce qui était important pour s'assurer une grossesse sans risque, l'alimentation et le repos ont été largement répétés. Le suivi prénatal fut souligné par trois participantes. Toutes les femmes soulignent qu'une bonne alimentation est très importante pour s'assurer une grossesse sans risque. Plus spécifiquement, les femmes disaient que les fruits, les légumes, les oeufs, le lait et le

Tableau 8. Les risques associés à la grossesse

	Risque(s)	Explication(s)
Mme A	1) small baby 2) not good blood (tired,dizzy, vomiting)	1) dizziness, headache, vomiting 2) close pregnancy
Mme B	1) eclampsia; 2) vomiting	1) et 2) not happy and too much worries
Mme C	1) baby too big 2) baby not growing 3) blood pressure and vomiting	1) eat too much 2) feel alone 3) maybe too much worries
Mme D	1) vomiting	I don't know
Mme E	1) blood pressure; 2) diabetis 3) abortion; 4) medicine	1) , 2), 3) et 4) not eat well, walk too much or work too much. The food can not be absord properly by your body
Mme F	aucune donnée	aucune donnée
Mme G	1) baby premature, baby too small 2) abortion	1) standing position 2) tired, doesn't eat properly
Mme H	1) abortion	1) sexual relation (first three months)

poulet sont des aliments de choix pour la femme enceinte parce qu'ils permettent à l'enfant de se développer normalement (Mme A, Mme B, Mme E et Mme H). Par contre, certains aliments sont à éviter tels que l'huile, le boeuf, l'agneau et les épices (Mme A, Mme B et Mme C). Certaines femmes rapportent que l'ingestion de certains aliments ont un effet physiologique sur l'enfant à naître ou odorante (Mme A, Mme G). Par exemple, Mme a dit :

« ... if eating lamb when baby coming, baby smell bad. »

« My religion said that pineapple eating, baby sick coming »

Le repos est une activité recommandée en période prénatale. Cinq femmes disent qu'il est important de minimiser l'activité physique. Voici quelques exemples :

« During the pregnancy, you not working very hard, you don't walk too much... »

(Mme E)

« She cares for her baby...she's doing less work in the house or walks only in the apartment. » (Mme F).

Enfin, le suivi prénatal n'est pas ce qui semble le plus important à faire pour s'assurer une grossesse sans risque. Toutefois, Mme D, Mme E sont des multipares et ont eu des grossesses difficiles antérieurement. Il semble que ces expériences ont incité ces deux femmes à prioriser le suivi prénatal comme élément important pour s'assurer une grossesse sans risque. Mme E rapporte ceci :

« ... if you come for checked up everything will be ok, minimum problem. »

Une seule des trois primipares souligne le suivi prénatal comme important. Elle dit :

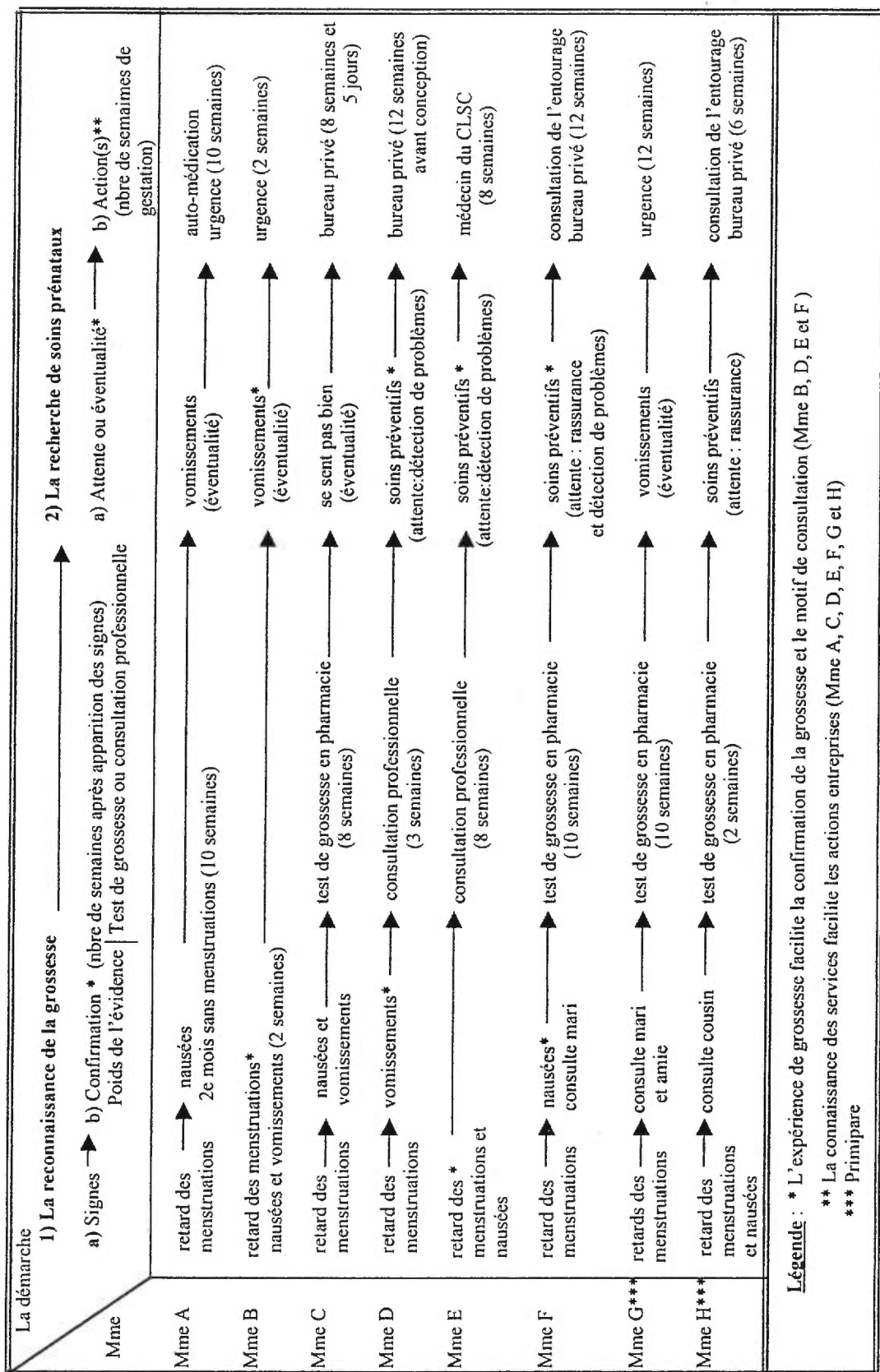
« check up with the doctor you know... because is first pregnancy, I don't know, she don't know... about pregnant woman. » (Mme H)

Mme H a consulté la famille qui vit à Montréal tout au long de sa démarche de soins. Il est possible de croire que cette dame fût influencée par la famille sur ce qui est important de faire pour s'assurer une grossesse sans risque.

En résumé, ces données viennent étoffer ce qui motive la femme enceinte à recourir à des soins prénataux. Les motifs de consultation professionnelle, tant dans le pays d'origine qu'au Canada, sont les mêmes : nausées, vomissements, le risque d'avortement. On peut penser que les expériences de grossesses antérieures ont influencé le processus de décision de recours à un service de soins prénataux pour la grossesse actuelle.

En conclusion, ce chapitre présentait les résultats de l'étude. Il a permis de décrire le processus décisionnel d'utilisation initiale d'un service de soins prénataux par des femmes originaires du Bangladesh et du Sri Lanka. Plusieurs similitudes et différences ont été décrites et permettent d'identifier différents types de démarche suivie par la femme enceinte pour décider de recourir à un service de soins prénataux. Les expériences antérieures de grossesse et la connaissance des services de santé semblent faciliter la démarche des femmes enceintes immigrantes de cette étude dans le processus de décision pour recourir à un service de soins prénataux. Le tableau 9 à la page suivante illustre le processus décisionnel d'utilisation initiale d'un service de soins prénataux par les femmes enceintes ayant participé à cette étude et des caractéristiques qui semblent avoir faciliter ce processus.

Tableau 9. Représentation visuelle du processus décisionnel de recours à un service de soins prénataux et ce, pour chacune des participantes de l'étude.



CHAPITRE V

Discussion et recommandations

Ce chapitre présente une discussion des résultats de l'étude ainsi que des recommandations pour la pratique et la recherche. Ce chapitre est divisé en quatre parties : 1) Le portrait des participantes, 2) Les limites, 3) Le processus décisionnel et 4) Les recommandations.

5.1 Le portrait des participantes

L'échantillon de notre étude est assez homogène. La grande majorité de ces femmes (6 sur 8) ont moins de 30 ans. Les femmes interviewées vivent dans des situations financièrement précaires (aide sociale) et elles sont peu éduquées. Sept de ces femmes n'ont aucun diplôme d'étude secondaire. Six femmes n'ont jamais travaillé à l'extérieur et il est fort raisonnable de penser qu'elles ne travailleront jamais à l'extérieur de la maison. De plus, certaines femmes ne se disent pas concernées par le revenu familial. Le mari est celui qui détient le pouvoir et l'autonomie financière.

Il semble que les hommes dans cette étude gère la vie familiale. On a vu précédemment dans la recension des écrits que ce sont les femmes qui, dans ces cultures, gèrent la santé familiale comme dans la culture nord-américaine d'ailleurs. Privées de leur réseau social connu, soit les femmes aînées de la parenté de qui elles pourraient apprendre beaucoup, comment parviendront-elles à développer leur potentiel et à assumer leurs rôles familiaux et sociaux dans la société d'accueil?

La dépendance économique et sociale notée chez ce groupe de femmes immigrantes menace-t-elle leur santé? Il est reconnu que les conditions de vie sociales, économiques et environnementales sont inhérentes au maintien ou à la détérioration de l'état de santé individuelle et familiale (Lalonde, 1974; MSSS, 1992).

5.2 Les limites de l'étude

Nous croyons utile d'ajouter certaines limites qui sont apparues au cours de l'étude. Nous avons noté au cours des entrevues que les femmes sont nébuleusement isolées sur le plan linguistique. Bien que certaines aient été capables de s'exprimer en anglais, le vocabulaire et la compréhension de la langue par ces femmes étaient limités. Deux des trois femmes qui vivent à Montréal pour une période de 24 à 36 mois ont eu besoin d'une interprète lors des entrevues. Le manque de connaissance d'une des deux langues

officielles canadiennes et un bas niveau d'éducation limitent leur capacité à l'insertion dans la communauté et dans le marché du travail. De plus, les enfants de ces femmes vont ou iront à l'école française et adopteront des attitudes et des comportements de leur nouvelle culture. Si les femmes n'apprennent pas le français, peut-on prévoir des difficultés dans les relations parents-enfants plus tard, particulièrement à l'adolescence.

La difficulté à communiquer est une limite importante dans le cadre d'une étude qualitative. L'examen du processus décisionnel exige une certaine capacité d'introspection de la part de la participante. Cette disposition à l'introspection varie à divers degrés d'un individu à l'autre et a pu influencer la qualité et la richesse des données. Les participantes s'exprimaient peu ou pas du tout en anglais et ne parlaient pas du tout le français. Elles élaboraient peu par rapport à une question posée et ce même lorsqu'une interprète était présente. Pour pallier à cette lacune, la chercheuse a fréquemment reformulé les questions en utilisant les termes du répondant pour s'assurer qu'elle avait bien compris et pour permettre au répondant d'ajouter des idées nouvelles.

Le fait que les données soient presque exclusivement traduites par une tierce personne représente une limite de la présente étude. Nous ne sommes pas assurés que certaines femmes ont pu parler librement lors de l'entrevue parce que leur mari a servi d'interprète. De plus, nous ne sommes pas assurés que la traduction soit exactement ce que la femme voulait dire. Il était impossible pour la chercheuse de vérifier l'exactitude des réponses. Par ailleurs, les données rapportées par une tierce personne peuvent introduire un biais de désirabilité sociale qui ne pouvait être contrôlé lors des entrevues. Cependant, le fait que les entrevues réalisées en présence du mari convergent dans le même sens que celles réalisées avec une interprète ou seule avec la participante, nous laisse croire à une interprétation honnête de la part du mari ou de l'interprète.

5.3 Le processus décisionnel

Nous pouvons constater quelques similitudes et différences dans la démarche suivie par les femmes enceintes pour décider de recourir à un service de soins prénataux. D'abord, la reconnaissance de la grossesse. Il s'agit de la première composante dans le processus décisionnel d'utilisation initiale d'un service de soins prénataux. L'arrêt d'une menstruation a été le premier signe associé à la possibilité d'être enceinte. Pour la grande

majorité des femmes interviewées (quatre des six multipares et les deux primipares), l'arrêt d'une menstruation n'était pas suffisante pour confirmer la grossesse. La confirmation de la grossesse a été faite lors de l'apparition d'autres signes associés à la grossesse tels que les nausées et les vomissements. Trois femmes ont consulté l'entourage afin d'avoir plus d'information par rapport à la signification des signes associés à la grossesse sur les actions à prendre. Il est important de souligner que deux des trois femmes ayant consulté l'entourage étaient des primipares. Ces femmes ont réévalué avec le mari ou une amie les signes associés à la grossesse, initialement identifiés par la femme elle-même, et les actions à considérer afin de confirmer ou refuter la grossesse. Les deux primipares ont suivi les recommandations faites par l'entourage. La troisième femme, une multipare, a préféré faire autrement. Il semble que les femmes qui suivaient les recommandations de l'entourage croyaient déjà qu'elles devaient adopter ce comportement. À cet effet, certains écrits relatifs au processus décisionnel affirment que la congruence entre la croyance d'une personne et celle de son entourage renforce la probabilité qu'un comportement ait lieu (Berkanovic et Telesky, 1982; Sorofman et al., 1990; Burman, 1996).

Enfin, certaines ont fait un test de grossesse, d'autres ont consulté un médecin pour confirmer la grossesse de façon objective, pour être plus « certaines ». Deux femmes se sont fiées à elle-mêmes, à leur jugement et leurs expériences de grossesses antérieures pour confirmer la grossesse actuelle. Finalement, qu'elles aient été multipares ou primipares, la grossesse fut confirmée dans les dix semaines après la dernière menstruation. On peut dire que ces femmes ont été attentives aux messages de leurs corps même si certaines d'entre elles n'avaient pas planifié ou désiré la grossesse.

Suite à la reconnaissance de la grossesse, la deuxième étape du processus décisionnel est la recherche de soins prénataux. À partir de ce qui motive la recherche de soins prénataux, différentes actions ont été utilisées pour recourir à un service de soins professionnel. Les résultats de cette étude n'ont pas permis de distinguer une démarche suivie par les primipares ou par les multipares de façon particulière (voir tableau 6, p.52 ou tableau 9, p.61). La discussion de ces résultats fait donc référence aux types de démarche suivie par les femmes interviewées sans distinction spécifique.

À partir de leurs attentes (soins préventifs : détection de problèmes et le besoin d'être rassurée), deux types de démarche se dessinent : la première est la consultation de l'entourage d'en le but d'obtenir de l'information sur « qui » consulter. Un simple appel a été suffisant pour répondre à leurs attentes. Par la suite, un contact avec un service de santé professionnel (médecin en cabinet privé) a été fait. Dans le deuxième type de démarche, les femmes n'ont posé qu'une action : contacter directement un bureau médical.

En ce qui a trait à l'éventualité (nausées et vomissements), trois types de démarche se dessinent. Plus spécifiquement, une femme a eu recours à l'auto-médication puis ensuite à l'urgence. Deux femmes ont consulté l'urgence directement et une autre femme a contacté un médecin en cabinet privé.

Nous aurions pu croire que les femmes utiliseraient davantage l'entourage et les non-professionnels pour s'assurer une grossesse sans risque puisque la valorisation du soin prénatal à la maison prédomine dans le pays d'origine (Ojanuga et Gilbert, 1992; OMS, 1997; Winkvist et Akhtar, 1997). Il est certain que la pauvreté et la valorisation sociale du soin à la maison en période prénatale favorisent une sous-utilisation des services de santé professionnels dans le pays d'origine (Ojanuga et Gilbert, 1992; Winkvist et Akhtar, 1997). À l'inverse, le système de santé québécois est bien perçu par les participantes. Les femmes rencontrées dans le cadre de cette étude disaient aller régulièrement chez le médecin suite à la première visite prénatale. Cela est probablement attribuable au fait que les soins de santé sont gratuits.

La recherche de soins effectuée par les femmes de cette étude s'est déroulée en moins d'une semaine et les participantes à cette étude ont toutes eu recours à un service de santé professionnel au cours du premier trimestre de la grossesse (12 semaines ou moins). Cette étude a été faite à partir du postulat que plus tôt on a recours à un service professionnel durant la grossesse, plus tôt on pourra déceler des problèmes de santé et plus tôt on pourra influencer le cours de la grossesse.

Contrairement à plusieurs études (Goldenberg et al., 1992; York et al., 1996), surtout américaines, qui attestent que la grande majorité des femmes immigrantes ne consultent un service de santé que tard au cours du deuxième trimestre de la grossesse ou seulement lors de l'accouchement, les femmes interviewées au cours de cette étude

utilisent les services de santé tôt au cours de la grossesse. Doucet et al. (1996) constatent également que d'autres femmes en provenance de l'Asie du Sud, spécifiquement des femmes originaires du Sri-Lanka vivant à Montréal, consulteraient aussi lors du deuxième trimestre.

La gratuité des soins de santé peut possiblement expliquer, en partie, pourquoi les femmes immigrantes vivant sur le territoire québécois semblent utiliser les services de soins plus tôt au cours de la grossesse que les immigrantes vivant sur le territoire américains. Cependant, la gratuité des soins n'est pas garante d'une utilisation adéquate des services de santé (Curry, 1990). En résumé, les résultats de la présente recherche ont offert l'occasion d'examiner le processus décisionnel d'utilisation d'un service de soins prénataux. À la lumière des résultats, il ne semble pas que les femmes aient eu des difficultés particulières à se reconnaître enceinte ou à rechercher des soins professionnels.

Suite aux résultats de cette étude, nous constatons que l'expérience de grossesses antérieures et la connaissance des services semblent influencer le processus décisionnel d'utilisation des services de soins prénataux. Les femmes ayant déjà des enfants ont fait une association avec leurs expériences de grossesses antérieures dans la reconnaissance des signes associés à la grossesse et cela a eu pour effet de réduire l'incertitude dans la confirmation de la grossesse. Les femmes n'ayant pas d'enfant ont consulté l'entourage dans un premier temps parce qu'elles n'avaient pas cette référence.

De plus, les multipares ont rapporté avoir eu des problèmes de santé, soit obstétricaux ou reliés aux malaises de la grossesse dans le pays d'origine. Elles rapportent qu'elles ont recherché des soins prénataux tôt dans la grossesse actuelle afin d'éviter les problèmes qu'elles ont eus antérieurement. Toutefois, que les femmes soient primipares ou multipares, leurs perceptions des risques associés à la grossesse pour recourir à des soins prénataux rejoignent celles d'autres femmes à travers le monde. Plusieurs recherches affirment que les femmes ayant eu des problèmes d'ordre obstétrical ou des malaises sévères reliés à la grossesse lors d'une grossesse antérieure ou actuelle, sont celles qui consultent, d'une façon significative, tôt au cours de la grossesse (Enderlein, Stephenson, Holt et Hickok, 1994 (U.S.A.) ; Atkinson et Farias, 1995 (Brésil); Winkvist et Akhtar, 1997 (Pakistan)). Les résultats de cette étude vont dans le sens suggéré dans ces études.

Finalement, la connaissance des services de santé semble influencer l'utilisation des services de soins prénataux utilisés. Les femmes ont consulté surtout les bureaux privés et les urgences pour recevoir des soins prénataux, principalement parce qu'elles ne connaissent pas d'autres services. Les soins infirmiers sont peu ou pas connus.

Cependant, elles savent qu'elles peuvent consulter les urgences pour être référées au besoin. De plus, le fait d'accompagner une dame pour une visite prénatale augmente la visibilité des services offerts et l'utilisation de ceux-ci. Également, le fait de connaître quelqu'un qui a déjà accouché à Montréal est une source d'information importante pour ces femmes. Il est aussi vrai que les femmes savaient qu'elles pouvaient recevoir des soins gratuits et savaient où se trouve l'hôpital. Lorsqu'elles le peuvent, elles consultent l'entourage pour avoir plus d'informations sur les services disponibles.

Les femmes immigrantes enceintes qui ont participé à cette étude arrivent dans un nouvel environnement où le système de santé est différent. Loin des pressions sociales et des contraintes financières pour recourir à un service de santé, elles profitent de cette occasion pour recevoir des soins de santé professionnels en période prénatale et n'hésitent pas à consulter d'autres professionnels lorsqu'elles en connaissent l'existence, particulièrement en ce qui concerne les services d'aide alimentaire.

L'utilisation de la salle d'urgence pour des symptômes de grossesse et le recours au cabinet privé du médecin pour la surveillance de la grossesse soulèvent une question importante. Le CLSC est situé au coeur du district où ces femmes demeurent. Il est très visible et ouvert à tous. Comment peut-on expliquer que ces femmes qui vivent à proximité du CLSC n'aient pas consulté cet établissement qui offre la gamme entière des soins de santé primaires? À l'exception d'une cliente, elles ne connaissaient pas le CLSC. Certains maris sont à Montréal depuis au moins cinq ans et cinq femmes depuis au moins un an. On peut se demander si ces familles n'ont pas développé une habitude de recourir à un service médical plutôt qu'à un service de santé globale. Le CLSC avec ses infirmières et l'équipe multidisciplinaire pourrait combler dans une large mesure le manque de réseau social de ces femmes qui, dans le pays d'origine, jouait un rôle d'accompagnement, de surveillance, d'information et de soutien.

Nous nous posons des questions sur l'efficacité d'un système de santé morcelé. Les établissements de santé fonctionnent les uns à côté des autres sans vases communicants.

Les médecins en cabinet privé et les infirmières de la salle d'urgence ne réfèrent pas les femmes au CLSC qui est le service par excellence de la prévention et de la promotion de la santé. Les mères qui ont utilisé les services d'une infirmière au CLSC étaient très satisfaites. Quelles mesures peuvent être mises en place pour accroître la visibilité du CLSC auprès des familles d'immigrants, surtout des jeunes familles? N'est-il pas nécessaire de faire connaître à ces familles l'existence du CLSC et d'Info-Santé dès leur arrivée à Montréal. Ces familles sont récipiendaires de l'aide sociale et ont une carte d'assurance maladie, elles ont donc été en contact avec des services sociaux et de santé.

En conclusion, les résultats de cette étude ont offert l'occasion d'examiner différents types de démarche pour décider de recourir à un service de soins prénataux. Cette étude souligne aussi que l'expérience de la grossesse et la connaissance des services sont susceptibles d'influencer le processus décisionnel d'utilisation initiale d'un service de soins prénataux. Toutefois, l'utilisation initiale d'un service de santé n'est pas garant d'une grossesse sans risque. C'est le soin régulier, l'alimentation, l'hygiène, le repos, le suivi professionnel régulier qui feront la différence. Bien que la recherche n'ait pas regardé ces dimensions certains résultats indiquent que l'alimentation, l'hygiène et le repos sont des déterminants importants dans l'issue de la grossesse.

5.4 Les recommandations

5.4.1 Recommandations pour la pratique

Pour les infirmières travaillant auprès des femmes immigrantes enceintes, cette étude suggère différentes pistes d'intervention afin de favoriser un bon déroulement de leur grossesse et de maximiser la visibilité des services de santé, particulièrement, des services infirmiers.

Les résultats nous permettent de souligner l'importance de l'alimentation chez ce groupe de femmes afin de s'assurer une grossesse sans risque. Bien que ce point fasse l'objet d'une attention particulière par les infirmières lors de leurs visites prénatales, il mérite d'être soutenu et renforcé.

Il semble pertinent de mettre de l'avant des moyens pour augmenter la visibilité des services de soins infirmiers en santé maternelle. Les services infirmiers en CLSC ne sont pas connus de ces femmes. Pour atteindre cet objectif, il faut prévoir des actions au

niveau communautaire. Les infirmières en santé communautaire, en l'occurrence les infirmières en santé maternelle, pourraient avoir un contact plus grand avec les autres intervenants du secteur de la santé afin de rendre plus présent le rôle des infirmières dans le bon déroulement de la grossesse ainsi que de leur faire prendre conscience de tous les services disponibles dans la communauté. Aussi, elles pourraient aller vers les cabinets privés de médecins sur le territoire et même encourager les infirmières des services d'urgence à référer ces femmes vers le CLSC ainsi que vers les organismes communautaires.

Les résultats de l'étude renforcent l'idée que l'approche par quartier est un mode de dispensation des services de santé qui peut faciliter l'intégration des femmes immigrantes dans leur nouvel environnement et leur donner accès aux ressources de la communauté. Aussi, faut-il favoriser des stratégies communautaires, c'est-à-dire, de développement de réseaux de soutien dans la communauté et d'actions d'empowerment visant l'amélioration des conditions de vie des immigrantes. À cet effet, l'apprentissage de la langue française par ces femmes semble une condition sine qua non pour le développement de leur autonomie et conséquemment la promotion de leur santé.

5.4.2 Recommandations pour la recherche

Les futures recherches peuvent se pencher non seulement sur le processus décisionnel d'utilisation initiale d'un service de soins prénataux pour une population plus large mais aussi sur le suivi prénatal jusqu'à l'accouchement. À cet effet, une étude longitudinale serait indiquée. Il serait aussi intéressant de s'interroger sur tout le processus du suivi prénatal chez des immigrantes de diverses cultures.

Les futures recherches peuvent aussi approfondir le concept de la santé et de la maladie en s'interrogeant sur les représentations et les perceptions de la santé telles qu'exprimées par les femmes de l'Asie du Sud. Une étude pourrait examiner de façon plus poussée comment le contexte culturel peut expliquer l'utilisation des services de santé par de nouvelles immigrantes enceintes.

Il serait aussi intéressant d'étudier des femmes immigrantes enceintes arrivées au Canada depuis cinq ou dix ans et de différentes classes sociales afin de comprendre

comment elles intègrent les normes canadiennes de promotion de la santé avec leurs valeurs et leurs croyances.

CHAPITRE VI

Conclusion

Consciente de l'intérêt que suscite la santé des femmes enceintes et immigrantes récentes, la chercheuse a réalisé une étude sur le processus décisionnel d'utilisation initiale d'un service de soins prénataux et de certaines caractéristiques qui favorisent ce processus. Les données qualitatives recueillies au cours de cette étude ajoutent des notions complémentaires aux données empiriques concernant les femmes immigrantes et l'utilisation des services de santé.

Cette étude réalisée auprès de sept femmes originaires du Bangladesh et d'une femme originaire du Sri-Lanka expose différents types de démarche lors de la reconnaissance de la grossesse et lors de la recherche de soins prénataux. La tendance qui se dessine est une utilisation limitée des services préventifs tels que les CLSC. Les expériences de grossesses antérieures et la connaissance des services exercent une certaine influence tout au long de la démarche.

Cette étude souligne aussi un souci chez les femmes immigrantes, qui ont participé à cette étude, de se maintenir en santé. L'utilisation de moyens pour se maintenir en santé, selon leurs croyances et leurs valeurs, rappellent les concepts de promotion de la santé et la prévention de la maladie.

Les femmes immigrantes qui ont participé à cette étude sont à la fois fortes et fragiles. Fortes, car elles ont laissé un pays pour aller vers l'inconnu avec l'espoir de vivre une vie meilleure; fragiles, car elles sont isolées au plan linguistique et social. Les limites de communication et d'insertion dans la société québécoise peuvent entraver la santé de ces femmes.

Ainsi, les femmes immigrantes qui ont participé à cette recherche posent un défi aux infirmières travaillant en première ligne. Celles-ci doivent développer des mesures de « reaching out » pour assurer des services adaptés et accessibles aux femmes immigrantes nouvellement arrivées.

Références

Amin, R., Chowdhury, S.A., Kamal, G.M. et Chowdhury, J. (1989). Community health services and health care utilization in rural Bangladesh. Social Science and Medicine, 29, (12), 1343-1349.

Atkinson, S.J. et Farias, M.F. (1995). Perceptions of risk during pregnancy amongst urban women in northeast Brazil. Social Science and Medicine, 41, (11), 1577-1586.

Bentley, H. (1995). The organisation of health care in Nepal. International Journal of Nursing Studies, 32, (30), 260-270.

Berkanovic, E. et Telesky, C. (1982). Social networks, beliefs, and the decision to seek medical care : an analysis of congruent and incongruent patterns. Medical Care, XX, (10), 1018-1026.

Buekens, P., Kotelchuck, M., Blondel, B., Kristensen, F.B., Chen, J.H. et Masuy-Stroobant, G. (1993). A comparison of prenatal care use in the United States and Europe. American Journal of Public Health, 83, (1), 31-36.

Burman, M. E. (1996). Daily symptoms and responses in adults : a review. Public Health Nursing, 13, (4), 294-301.

Burks, J.A. (1992). Factors in the utilization of prenatal services by low-income black women. Nurse Practitioner, 17, (4), 45-49.

Burns, N. et Grove, S.K. (1993). The Practice of Nursing Research : Conduct, Critique, and Utilization, 2nd edition. Philadelphia : W.B. Saunders Company.

Campbell, J.D., Mitchell, P., Stanford, J.B. et Ewigman, B.G. (1995). Validating a model developed to predict prenatal care utilization. Journal of Family Practice, 41, (5), 457-464.

Choudhry, U.K. (1997). Traditional practices of women from India : pregnancy, childbirth, and newborn care. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 26, (5), 533-539.

Chrisman, N. J. (1977). The health seeking process : an approach to the natural history of illness. Culture, Medicine, and Psychiatry, 1, (4), 351-377.

Cooney, JP. (1985). What determines the start of prenatal care? Prenatal care, insurance, and education. Medical Care, 23, (8), 986-997.

Corin, E.E, Bibeau, G., Martin, J-C. et Laplante, R. (1990). Comprendre pour soigner autrement. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Curry, M.A. (1990). Factors associated with inadequate prenatal care. Journal of Community Health Nursing, 7, (4), 245-252.

Dhari, R., Patel, I., Fryer, M., Dhari, M., Bilku, S. et Bains, S. (1997). Creating a supportive environment for Indo-canadian women. Canadian Nurse, 93 (3), 27-31.

Doucet, H., Fortier, M., Gravel, S., Heneman, B., Messier, M., Ouellet, F. et al. (1996). Mères et mondes : La communauté sri lankaise. Feuillet d'information sur la santé des mères et des nouveaux-nés de communautés culturelles de Montréal, numéro 6 (septembre). Montréal : Bibliothèque nationale du Québec.

Doucet, H., Fortier, M., Gravel, S., Heneman, B., Messier, M., Ouellet, F. et al. (1996). Mères et mondes : Présentation du projet. Feuillet d'information sur la santé des mères et des nouveaux-nés de communautés culturelles de Montréal, numéro 1 (mai). Montréal : Bibliothèque Nationale du Québec.

Edwards, N. (1994). Factors influencing prenatal class attendance among immigrants in Ottawa-Carleton. Revue canadienne de santé publique, 85, (4), 254-258.

Enderlein, M-C., Stephenson, P.A., Holt, V.L. et Hickok, D. (1994). Health status and timing of onset of prenatal care : is there an association among low-income women? Birth, 21, (2), 71-76.

Evans, I. (1995). Sapping maternal health. The Lancet, 346, (21), 1046.

Fikree, F.F., Midhet, F., Sadruddin, S. et Berendes, H.W. (1997). Maternal mortality in different Pakistani sites : ratios, clinical causes and determinants. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 76, (7), 637-645.

Fortin, M.F., Taggart, M.E., Kérouarc, S. et Normand, S. (1988). Introduction à la recherche. Décarie éd. Inc. Montréal : Bibliothèque Nationale du Québec.

Gesler, W.M. (1984). Health Care in Developing Countries. Washington D.C. : Association of American Geographers.

Giblin, P.T., Poland, M.L. et Ager, J.W. (1990). Effects of social supports on attitudes, health behaviors and obtaining prenatal care. Journal of Community Health, 15, (6), 357-368.

Goldenberg, R.L., Patterson, E.T. et Freeze, M.P. (1992). Maternal demographic, situational and psychosocial factors and their relationship to enrollment in prenatal care : a review of the literature. Women and Health, 19, (2-3), 133-151.

Grant, J. (1991). The State of the World's Children (UNICEF). Oxford : Oxford University Press.

Granot, M., Spitzer, A., Aroian, K.J., Ravid, C., Tamir, B. et Noam, R. (1996). Pregnancy and delivery practices and beliefs of Ethiopian immigrant women in Israel. Western Journal of Nursing Research, 18, (3), 299-313.

Gunaserera, P.C. et Wijesinghe, P.S. (1996). Maternal health in Sri Lanka. Lancet, 16, 347 (9003), 769.

Harvey, S.M., et Faber, K.S. (1993). Obstacles to prenatal care following implementation of a community- based program to reduce financial barriers. Family Planning Perspectives, 25, (1), 32-36.

Helman, C. G. (1990). Culture, health, and illness. 2e éd., London : Wright.

Heneman, B., Legault, G., Gravel, S., Fortin, S. et Alvarado, E. (1994). Adéquation des services aux jeunes familles immigrantes. Montréal: École de service social, Université de Montréal.

Hlady, W.G., Fauveau, V.A., Khan, S.A., Chakraborty, J. et Yunus, M. (1992). Utilization of medically-trained birth attendants in rural Bangladesh. Asia Pacific Journal of Public Health, 6, (1), 18-24.

Huberman, A.M. et Miles, M.B. (1991). Analyse de données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes. Bruxelles : De Boeck-Wesmael.

Igun, U. A. (1979). Stages in health seeking : a descriptive model. Social Science and Medicine, 13 (A), 445-456.

Kazmi, S. (1991). Pakistan : consumer satisfaction and dissatisfaction with maternal and child health services. World Health Statistics Quarterly, 48 , (1), 55-59.

Kleinman, A. (1980). Patients and Healers in the Context of Culture. Berkeley : University of California Press.

Koblinsky, M., Campbell, O.M.R. et Harlow, S.D. (1993). Mother and more : a broader perspective on women's health. Dans Koblinsky, M., Timyan, J. et Gay, J. (éds), The Health of Women : A Global Perspective. Boulder : Westview Press.

Kugler, J.P., Yeash, J. et Rumbaugh, P.C. (1993). The impact of sociodemographic, health care system, and family function variables on prenatal care utilization in a military setting. The Journal of Family Practice, 37, (2), 143-147.

Lalonde, M. (1974). Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens. Ottawa : ministère de la Santé et du Bien-être social.

Landry, R. (1992). L'analyse de contenu. Dans B. Gauthier (Ed), Recherche sociale (337-359). Québec :Les presses de l'Université du Québec.

Lantican, L.S.M. et Corona, D.F. (1992). Comparision of the social support networks of Filipino and Mexican-American primigravidas. Health Care for Women International, 13, (4), 329-338.

L'Écuyer, R. (1990). Méthodologie de l'analyse développementale de contenu. Sillery : Les presses de l'Université de Québec.

Lenz, E.R., (1984). Information seeking : a component of client decisions and health behavior. Advances in Nursing Science, 6, (3), 59-72.

Le petit Robert, (1996). Le nouveau petit Robert : dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Paris : Dictionnaire Le Robert.

Lia-Hoagberg, B., Rode, P., Skovholt, C.J., Oberg, C.N., Berg, C., Mullett, S. et Choi, T. (1990). Barriers and motivators to prenatal care among low-income women. Social Science and Medicine, 30, (4), 487-495.

Mahmood, S., Atif, M.F., Mujeeb, S.S., Bano, N. et Mubasher, H. (1997). Assessment of nutritional beliefs and practices in pregnant and lactating mothers in an urban and rural area of Pakistan. Journal, Pakistan Medical Association, 47, (2), 60-62.

Massé, R. (1995). Culture et santé publique. Boucherville: Gaëtan Morin Éditeur.

McDonald, T.P. et Coburn, A.F. (1988). Predictors of prenatal care utilization. Social Science and Medicine, 27, (2), 167-172.

Ministère des Communautés Culturelles et de l'Immigration (MCCI) (1995). L'immigration féminine au Québec. Bulletin Statistique, vol 3. Collection Statistiques et indicateurs no. 11.

Ministère des Communautés Culturelles et de l'Immigration (MCCI). (1995). Profils des communautés culturelles du Québec. Gouvernement du Québec : Les publications du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (1992). La politique de la santé et du bien-être. Bibliothèque nationale du Québec, 2e trimestre : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (1993). Politique de périnatalité. Bibliothèque nationale du Québec, 2e trimestre : Gouvernement du Québec.

Nag, M. (1994). Beliefs and practices about food during pregnancy : implication for maternal nutrition. Economic and Political Weekly, 29, (37), 2427-2428.

Nordstrom, C.R. (1988). Exploring pluralism- The many faces of Ayurveda. Social Science and Medicine, 27, (5), 479-489.

Ojanuga, D.N. et Gilbert, C. (1992). Women's access to health care in developing countries. Social Science and Medicine, 35, (4), 613-617.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1997). Recueil de lois et règlements applicables à la profession d'infirmière. Gouvernement du Québec : Les publications du Québec.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (1993). Les soins prénataux : La clé de la grossesse sans risques. Genève.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (1996). « Revised 1990 estimates of maternal mortality : A new approach by WHO and UNICEF ». Genève.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (1997). Une étude en Inde révèle que bon nombre de décès maternels ne sont convenablement signalés. Maternité sans risques, 24 , (2), 10.

Organisation mondiale de la santé (OMS) (1997). Au Népal, il faut plus que des hôpitaux. Maternité sans risques, 24 , (2), 9-10.

Papenek, H. (1990). To each less than she needs, from each more than she can do : allocations, entitlements and values. Dans Tinker, I. (éd). Persistent Inequalities : Women and World Development. New York : Oxford University Press.

Parker, R.L., Shah, S.M., Alexander, C.A. et Neumann, A.K. (1979). Self-care in rural areas of India and Nepal. Culture and Medicine Psychiatry, 3, (10), 3-28.

Patterson, E.T., Freese, M.P. et Goldenberg, R.L. (1986). Reducing uncertainty : self-diagnosis of pregnancy. Image : Journal of Nursing Scholarship, 18, (3), 105-109.

Patterson, E. T., Freese, M. P. et Goldenberg, R.L. (1990). Seeking safe passage : utilizing health care during pregnancy. Image : Journal of Nursing Scholarship, 22, (1), 27-31.

Poland, M.L. (1989). Pregnancy : moral and ethical aspects. Dans Whileford, L. et Poland, M.L. (éds). New Approaches to Human Reproduction : Social and Ethical Dimensions. Boulder : Westview Press.

Presnorn, C. (1992). Maternal mortality in Nepal. Nursing Times, 88, (9), 64-65.

Rooney, C. (1992). Antenatal Care and Maternal Health : How Effective is it? A Review of the Evidence. WHO/ MSM/ 92.4, WHO, Genève.

Rousseau, N. et Saillant, F. (1996). Approches de recherche qualitative. Dans Fortin, M.F. (éd.) Le processus de recherche. Décarie Éditeur inc. : Ville Mont-Royal.

Sbaih, L.C. (1993). Women in the « developing world » and their perceptions of health : an area for examination by the nurse from the « developed world ». Journal of Advanced Nursing, 18, (10), 1524-1530.

Schaffer, M.A. et Lia-Hoagberg, B. (1997). Effects of social support on prenatal care and health behaviors of low-income women. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 26, (4), 433-440.

Scupholme, A., Robertson, E.G. et Kamons, A.S. (1991). Barriers to prenatal care in a multiethnic, urban sample. Journal of Nurse-Midwifery, 36, (2), 111-116.

Singh, A. (1994). Profile of traditional birth attendants in rural area of north India. Journal of Nurse-Midwifery, 39, (2), 119-126.

Sorofman, B., Tripp-Reimer, T., Lauer, G.M. et Martin, M.E. (1990). Symptom self-care. Holistic Nursing Practice, 4 (2), 45-55.

Srinivasan, P., (1995). Faire une place à la médecine traditionnelle en Inde. Forum mondial de la santé, 16, (1), 207-210.

Statistiques Canada (1996). Recensement de 1996 : immigration et citoyenneté. De la série Le Pays, Numéro de catalogue : 93F0023XDB96000.

St-Clair, P.A., Smeriglio, V.L., Alexander, C.S. et Celentano, D.D. (1989). Social network structure and prenatal care utilization. Medical Care, 27, (8), 823-832.

Steiner, D.L. et Norman, G.R. (1991). Health Measurement Scales. A Practical Guide to Their Development and Use. New York : Oxford University Press.

Thompson, P. (1987). Health promotion with immigrant women : a model for success. Canadian Nurse, 83, (11), 20-23.

Viegas, O.A.C., Singh, K. et Ratnam, S.S. (1987). Antenatal care : when, where, how and how much. Dans Omran, A.R., Martin, J. et Hamza, B. (éds). Mères et nouveau-nés à haut risque : dépistage, prise en charge et prévention. Suisse : Ott Publishers.

Vissandjée, B., Barlow, R. et Frazer, D.W. (1997). Utilization of health services among rural women in Gujarat, India. Public Health, 111, (3), 135-148.

Vissandjée, B., Carignan, P., Gravel, S. et Leduc, N. (1998). Promotion de la santé en faveur des femmes immigrantes au Québec. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 46, (2), 124-133.

Waxler-Morrison, N.E. (1988). Plural medicine in Sri Lanka : do Ayurvedic and Western medical practices differ? Social Science and Medicine, 27, (5), 531-544.

Winkvist, A. et Akhtar, H.Z. (1997). Images of health and health care options among low income women in Punjab, Pakistan. Social Science and Medicine, 45, (10), 1483-1491.

World Bank (1991). World Development. Report 1991 : The Challenge of Development. New York : Oxford University Press.

York, R., Williams, P. et Monro, B.H. (1993). Maternal factors that influence inadequate prenatal care. Public Health Nursing, 10, (4), 241-244.

York, R., Grant, C., Gibeau, A., Beecham, J. et Kessler, J. (1996). A review of problems of universal access to prenatal care. Nursing Clinics of North America, 31, (2), 279-292.

Young, C., McMahon, J.E., Bowman, V. et Thompson, D. (1989). Maternal reasons for delayed prenatal care. Nursing Research, 38, (4), 242-243.

Zambrana, R.E, Dunkel-Schetter, C. et Scrimshaw, S. (1991). Factors which influence use of prenatal care in low-income racial-ethnic women in Los Angeles county. Journal of Community Health, 16, (5), 283-295.

Zola, I.K. (1973). Pathways to the doctor : from person to patient. Social Science and Medicine, 7, (9), 677-689.

ANNEXE 1:
Documents relatifs à l'entrevue

CONSENT FORM

TITLE OF THE STUDY: The decision-making process in health-care utilization by immigrant women from South Asia.

PRIMARY INVESTIGATOR: Ginette Ouellet
M.Sc. in Nursing Candidate
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

THESIS SUPERVISOR: Mme Marie-France Thibaudeau
Professor, Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
Telephone: [REDACTED]

CONTACT PERSON REGARDING YOUR RIGHTS AS A RESEARCH SUBJECT: Mme Suzanne Walsh
Director of professional services
CLSC Côte-des-neiges
Telephone: (514) 731-1386, extension 2329

Dear Madam:

You are invited to participate in a study of the decision-making processes by immigrant women from South Asia. As nurses, we are trying to understand better the health-care needs of immigrant women and how to improve the health care system to serve them better. This study will help answer some important questions.

You will be asked to answer a questionnaire that will take approximately 60 minutes to complete. The questions will relate to the “when” and “how” you discovered that you were pregnant and to your first contact with prenatal services during your pregnancy. We will also ask personal questions such as your age and the number of years that you have lived in Canada.

We expect that any inconvenience involved in participating in this study will be minimal and will consist mainly of taking the time to complete the interview. We will make every attempt to minimize the time and expense of transportation by arranging the interview at the location and time of your choice.

All of the information that we gather will remain strictly confidential. No doctors or nurses will have access to the information that we collect. The data collected will be used only for research purposes and no participant will be identified by name.

We would like to record the interview with your permission. These recordings will be destroyed upon the completion of the study and kept in a secure location until the study is completed.

Your collaboration is very important and the results of the study will help to improve the health care services to your community. You can withdraw from this study at any time and also refuse the recording of your interview (even after you sign this consent form). Also, you have the right to refuse to answer certain questions that you consider confidential or intrusive. This could be done without any prejudice to the care you will continue to receive. We will be glad to answer any questions that you may have either prior to signing this consent or during the course of this study.

I, _____, have read this consent form and agree to
(Please print name in block letters)

participate in this study.

Signature of participant

I agree to the recording of this interview _____ (please initial)

I refuse the recording of this interview _____ (please initial)

Witness: _____ Signature of witness: _____
(Please print name in block letters)

Date: _____

N.B. La formule de consentement en français n'a pas été utilisée parce qu'aucune femme ne parlaient français. Les maris et l'interprète parlaient anglais.

Interview guide

Subject number: _____

Date of the interview: _____

Decision-Making Process in Health-Care Utilization by Immigrant Women from South Asia.

Part One: Introductory question

- 1.0 How many weeks of pregnancy are you?
- 1.1 Is this your first pregnancy? If yes (go to question 2.0)
- 1.2 In your country, did you consult a nurse or a physician about your pregnancy?
If yes, when (weeks of gestation) and why did you consult this person?
- 1.3 Did you consult anyone else other than a health-care professional concerning a previous pregnancy? If yes, how is this person related to you? When (weeks of pregnancy) and which advice did you seek?

Part Two: Perception of pregnancy

A) GENERAL QUESTION:

- 2.0 How did you find out that you were pregnant?

B) SPECIFIC QUESTIONS:

- 2.1 Did you talk to anyone about the possibility of being pregnant?
If yes, how is this person related to you? What advice did you seek?
- 2.2 How did you confirm your pregnancy?
- 2.3 How much time elapsed between the first signs of pregnancy and its confirmation?
- 2.4 How far along in the pregnancy were you when you confirmed that you were pregnant (please specify in weeks of gestation)?
- 2.5 How do you feel about the pregnancy? Please explain.
- 2.6 What do you perceive to be the risks of pregnancy?
- 2.7 How are these risks explained?

Part Three: Seeking a Health-Care Professional

A) GENERAL QUESTION:

3.0 How did you decide to see a health care professional (nurse or doctor)?

B) SPECIFIC QUESTIONS:

3.1 What was the reason for your first prenatal visit with the health-care professional?

3.2 The reason of your consultation was _____. Have you consulted anyone else for the same reason before your first visit with a health care professional ?

If yes, how are these people related to you and how did you think they could help you?

3.3 How far in the pregnancy were you when you first consulted a health care professional?

3.4 What steps did you take to ensure a healthy pregnancy?

3.5 Do you believe that a female physician is able to take better care of pregnant women than a male physician? If yes, explain why.

3.6 When you came to see the health-care professional, did anybody come with you?

If yes, how is this person related to you?

3.7 Will you have been able to come to see the health-care professional alone if you wanted to? If no, Why?

3.8 How did you hear about this health care service?

3.9 How far (in minutes) is this health care service from your home?

3.10 What kind of transportation did you use to get there?

3.11 Do you have any problems with that kind of transportation?

If yes, What kind of problems did you have?

Part four: Questions to describe the population of the study

4.1 How long have you been in Canada (years and months)?

4.2 Why did you decide to move to Canada?

4.3 How old are you?

4.4 What is your civil status?

- 4.5 How many children do you already have?
- 4.6 What is your religion?
- 4.7 How many years of schooling have you completed?
- 4.8 Do you have a diploma? If yes, In which discipline?
- 4.9 Are you able to read in French or in English ?
- 4.10 What language(s) do you speak?
- 4.11 Do you work? If yes, profession
If no, are you on welfare assistance?
- 4.12 What is your family income before taxes for the year of 1997?
- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| A) less than 10 000\$ | C) between 20 000 and 39 999\$ |
| B) between 10 001 and 19 999\$ | D) over 40 000\$ |

N.B. Le guide-entrevue en français n'a pas été utilisée parce qu'aucune femme ne parlaient français. Les maris et l'interprète parlaient anglais.

ANNEXE 2:
CLASSIFICATION DES ÉNONCÉS

CLASSIFICATION DES ÉNONCÉS

Les énoncés ont été classés en trois parties (selon le guide-entrevue et en accord avec le cadre de référence utilisé). Dans la partie 1, vous retrouverez les énoncés eu regard aux expériences de grossesse antérieures et à l'utilisation des services de santé dans le pays d'origine. Dans la partie 2, les énoncés se réfèrent à la reconnaissance de la grossesse et les risques associés à la grossesse. Finalement, dans la partie 3, les énoncés se rapportent à la recherche de soins prénataux et à la question concernant ce qui est important de faire pour s'assurer une grossesse sans risque.

Partie 1: Expérience(s) de grossesse antérieure(s) et utilisation des services de santé dans le pays d'origine. Veuillez noter si l'énoncé se rapporte à l'une ou l'autre des sous-catégories suivantes:

- Motif de consultation: spécifier.
- Utilisation d'un service de santé au cours de la grossesse (spécifier lequel): utilisation des services professionnels, utilisation de services traditionnels ou utilisation des membre de la famille.
- Croyance personnelle et valeur.
- Attitude (+ ou -).

Partie 2: Reconnaissance de la grossesse. Veuillez noter si l'énoncé se rapporte à l'une ou l'autre des sous-catégories suivantes:

- Signes de la grossesse (spécifier): nausées, vomissements, retard des menstruations, etc.
- Évidence: consultation de l'entourage, attente d'autres signes associés à la grossesse ou par expérience personnelle (réfère à une grossesse antérieure).
- Confirmation de la grossesse: par un test de grossesse acheté en pharmacie ou consultation professionnelle pour confirmer la grossesse.
- Se rapporte aux risques associées à la grossesse: croyances personnelles.

Partie 3: Recherche de soins prénataux. Veuillez noter si l'énoncé se rapporte à l'une ou l'autre des sous-catégories suivantes:

- Attente ou éventualité (spécifier).
- Actions entreprises pour recourir à un service de soins prénataux: auto-soins (spécifier quelle action), consultation de l'entourage (spécifier liens) , consultation non professionnelle (spécifier quel service) ou consultation professionnelle (spécifier quel service).
- Accessibilité (géographique et économique).
- Connaissance des services (spécifier comment s'il y a lieu).
- Attitude (+ ou -).
- Croyance et valeur: alimentaire, religieuse, personnelle, etc...).

N.B. Afin d'alléger le texte, nous n'incluons les énoncés que de deux entrevues.

Mme C

Énoncés	Classification
<p>Relatifs à la partie 1:</p> <p>I feel dizzy, weak. I go to clinic (previous pregnancy). Doctor says I'm pregnant two to three months and.. uh.. I don't know (not aware of her pregnancy).</p> <p>I have forceps delivery in clinic. A woman for delivery (in Bangladesh) and my mom say baby not good position, need help. When time for delivery, I go in clinic</p> <p>My mom takes care of me (Preview pregnancy) Take care of what to eat... to know more about baby. My country is different. My family takes care.</p> <p>This country (Canada) is better... enough doctors take care. In my country, not enough medicine, not take care, not good food, no vaccine.</p> <p>Relatifs à la partie 2:</p> <p>(after one period missing).. I think maybe (being pregnant)...I waited...sometime woman miss the period.</p> <p>My periods stopped two months...my head feel dizzy ... sometime vomiting...</p> <p>... then I test my urine with a machine from pharmacy because I think I'm pregnant.</p> <p>My daughter is 8 now... time for other baby but problem . Sometime I think then dizzy... I worry what doing now... that immigration problem.</p> <p>If eating too much not good too, baby too big and problem with delivery... not too much meat.</p> <p>When you feel alone, you worry too much, you are sick, baby not growing (husband).</p> <p>Blood pressure too is a problem... big problem is vomiting.... I don't know... maybe because too much worries.</p>	<p>utilisation service professionnel: clinique motif: se sent faible (ne sais qu'elle est Enceinte)</p> <p>utilisation service traditionnel: sage-femme et utilisation service professionnel: pour accouchement à risque.</p> <p>utilisation membre de la famille</p> <p>attitude + envers les services de santé québécois.</p> <p>signe: retard d'une menstruation</p> <p>évidence: retard des menstruations (2 mois) nausées et vomissements</p> <p>confirmation: test de grossesse acheté en pharmacie</p> <p>attitude d'ambivalence envers la grossesse</p> <p>croissance alimentaire et personnelle relatives aux risques associés à la grossesse</p> <p>croissance personnelle relative aux risques associés à la grossesse</p> <p>croissances personnelles relatives aux risques associés à la grossesse</p>

Mme C

Énoncés	Classification
<p>Relatifs à la partie 3:</p> <p>I said to my husband I'm sick. No eat food or drink. He said ok we go to see Dr. X.</p> <p>Go with her (Bangladesh woman), I translated for her. I know that doctor and now I go to that doctor.</p> <p>Dr. X said you are pregnant... I see Dr. ABC two months and five days of pregnancy.</p> <p>I know that nurse (From CLSC) because Bangladesh woman see the nurse. She tell her I'm pregnant. Now (the nurse) come to my house too and checks what I eat. She tells me more food and egg and cheese.</p> <p>Lady doctor is betters... more confidant (his wife). Lady doctor knows more about ladies.</p> <p>My religion said that some food is good for baby, some food is not good. Good food: milk, eggs, vegetables... chicken.</p> <p>Not happy with pregnancy, baby is sick too, baby sometime too small.</p> <p>I feel close to my husband. He help me. Prepare food, take care of my daughter, let me sleep. Good husband and father (sourire).</p> <p>... When not sick, no need for doctor.</p> <p>I prefer to go with my husband it's better, he understands too (about pregnancy).</p> <p>6 or 7 minutes (distance from home to clinic)</p> <p>Doctor is important, we go together (transportation not a real problem)...bus, sometime taxi</p>	<p>éventualité: se sent malade (informe mari)</p> <p>connaissance des services: via amie</p> <p>consultation professionnelle: bureau médical (1ère action: 2 mois et cinq jours)</p> <p>connaissance des services: référée par une amie au CLSC (infirmière)</p> <p>valeur et croyance personnelle</p> <p>croyance alimentaire rattachée à la religion</p> <p>croyance personnelle relative aux risques associés à la grossesse</p> <p>attitude + envers la grossesse</p> <p>croyance personnelle</p> <p>attitude +</p> <p>accessibilité</p> <p>accessibilité</p>

Mme H

Énoncés	Classification
<p>Relatifs à la partie 2</p> <p>... every month my wife periods is coming... I used condom... condom one time is broken... Second time is broken again. I told her if periods is coming... she told me it's ok maybe tomorrow. Sometime later...</p> <p>I think maybe she's late, maybe baby is coming. Uh... I call my cousin (in Montréal)... I called because sometimes my wife vomit... breakfast time my wife vomit. The guy (cousin) said ok maybe you take urine you know ont the morning time... in the morning take urine.</p> <p>Two weeks after her periods (she was supposed to have)... Test (pregnancy test from pharmacy) say positive. I'm expecting a baby.</p> <p>... my wife feel happy, me happy. This is first baby. I (husband) don't know what to think you know.</p> <p>Abortion... somebody told me, uh... people say because if you have uh... do anything with your wife (first three months) uh something could happen, abortion.</p> <p>Relatifs à la partie 3 :</p> <p>... few days after the test you know. I (husband) called my cousin. He (cousin) said ok you checked urine you take appointment you know and see the doctor.</p> <p>.. My cousin uh.. has children you know... My cousin know a good doctor. I called him to know. I think uh.. maybe he know Tamoul doctor.</p> <p>I (husband) called doctor... six weeks after period not coming. (has been seen by the doctor)... make sure pregnancy ok because she vomiting.</p> <p>I like woman doctor. Some ladies don't like the man you know. Some ladies are uh..., shine. Sometime everything open you know. Doctor remove all the clothes you know... More comfortable with a lady.</p> <p>Eating food is important ... every day need chicken or fish, uh, vegetarian, uh... a little bit of rice... egg... milk.</p>	<p>attitude - : grossesse non planifiée signe : retard des menstruations</p> <p>évidence : nausées consultation avec cousin : conseille de faire un test de grossesse.</p> <p>confirmation de la grossesse avec un test de grossesse acheté en pharmacie.</p> <p>attitude + envers la grossesse</p> <p>croiance personnelle relative aux risques associés à la grossesse.</p> <p>consultation avec cousin : conseille de voir MD.</p> <p>connaissance des services : via cousin</p> <p>consultation professionnelle : bureau privé attente : soins préventifs (6 sem. de gestation)</p> <p>valeur : préférence personnelle</p> <p>bonne alimentation important pour s'assurer une grossesse sans risque.</p>

Mme H

Énoncés	Classification
<p>check up with the doctor you know... because is first pregnancy, I don't know, she don't know... about pregnant woman.</p>	<p>suivi médical important pour s'assurer une grossesse sans risque.</p>
<p>Not too much sugar... because too much sugar is no good... legs swollen you know uh,... because after baby too much problems maybe. Not too much coffee because uh... because not good for baby...</p>	<p>croissance alimentaire</p>
<p>We going together (to see MD.)...It's better... I know about pregnant woman too.</p>	<p>consultation professionnelle: attitude +</p>
<p>walking. Sometime uh... take the taxi. Sometimes nice weather, we walking. Maybe 10 minutes walking...No problem</p>	<p>accessibilité</p>
<p>I called my cousin you know. You pay for apartment, uh, electricity, uh,.. telephone and you know I don't work. Not enough money for food. I called my cousin and the guy said ok call CLSC...</p>	<p>connaissance des services: CLSC référé par cousin</p>
<p>I called her (CLSC nurse) I said uh,... I don,t have enough money for eggs, milk. She said ok I come and see...Five months pregnant when (nurse) come (first visit).</p>	<p>consultation professionnelle: infirmière (5 mois de grossesse)</p>
<p>.... I know CLSC, hospital you know for sick people but uh...no. I go to Emergency hospital (when sick).</p>	<p>connaissance des services: préférence pour les urgences.</p>